

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 24

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre SIMON

Né le 9 février 1909, à Rezé (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

APPENDICITES GRAVES

D'APRÈS 223 CAS

OBSERVÉS A L'HOPITAL DE NIORT

DE 1927 A 1933

Président : M. BERNARD CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

Travail du Service des Docteurs Renon et Laffitte

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre SIMON

Né le 9 février 1909, à Rezé (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

APPENDICITES GRAVES

D'APRÈS 223 CAS

OBSERVÉS A L'HOPITAL DE NIORT

DE 1927 A 1933

Président : M. BERNARD CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTI
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARE
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 LUBERTIN Pathologie médicale.
 MENARD (H.)... Pathologie médicale.
 ROCQ Pathologie chirurgicale.
 RULÉ Pathologie médicale.
 SQUET Pharmacologie.
 ADENAT Pathologie chirurgicale.
 ATHALA Pathologie médicale.
 HABROL Pathologie médicale.
 HAILLEY-BERT . Physiologie.
 HEVALLIER .. Pathologie médicale.
 OGNON Physique.
 ONZELOT Pathologie médicale.
 CALLE Obstétrique.
 EY Urologie.
 ASTINEL Bactériologie.
 ATFLLIER ... Pathologie chirurgicale.
 E GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 IROUD Histologie.
 ALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 ARVIL'R Pathologie médicale.
 AZARD Pharmacologie.
 EUGUENIN Anatomie pathologique.
 UTINEL Pathologie médicale.
 OANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

EQUEUX Obstétrique.
 EROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

A M. LE PROFESSEUR CUNÉO

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR RENON

Chirurgien chef de l'hôpital de Niort

*En témoignage de notre reconnaissance
de la bonté qu'il a eue pour nous et de
l'enseignement qu'il nous a donné pen-
dant notre séjour dans son service.*

A M. LE DOCTEUR H. LAFFITTE

Chirurgien de l'hôpital de Niort

*Qui nous a inspiré ce travail.
Hommage de vive reconnaissance pour
les conseils qu'il nous a prodigués.*

A M. LE DOCTEUR MAUPETIT

Médecin de l'hôpital de Niort

A MON AMI LE DOCTEUR F. LE MAITRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
APPENDICITES GRAVES

INTRODUCTION

La conduite à tenir dans les appendicites aiguës a été l'objet de discussions si nombreuses qu'il semble un peu inutile d'entreprendre un travail à ce sujet.

Toutefois, il nous a semblé que deux points semblaient dignes de réflexion.

D'abord malgré les invitations pressantes et réitérées de la plus grande majorité des chirurgiens, certains praticiens n'ont pas encore le réflexe que toute appendicite aiguë doit être opérée et que le doute doit favoriser l'intervention.

Ensuite, parmi les opérateurs, la doctrine du traitement concernant l'opportunité du moment, la technique opératoire et les soins locaux et généraux, ne semble pas encore nettement fixée.

Il est indiscutable que l'on opère des appendicites qui certainement pourraient guérir toutes seules. Et si l'on pouvait avoir un moyen de discrimination entre les appendicites qui sont graves et celles qui

ne le sont pas, le problème serait pratiquement résolu.

Hâtons-nous de dire qu'il n'y a *aucun signe* qui puisse nous servir de test. Toutefois, nous estimons que s'il n'y a aucun symptôme qui nous permette de retarder l'intervention, il y en a *qui nous commandent impérieusement de précipiter l'acte opératoire.*

Ce sont ces quelques signes ennemis de la temporisation que nous nous proposons d'envisager et qui feront le sujet du premier chapitre, ainsi que quelques réflexions d'ordre pratique, telles que nous les ont enseignées les D^{rs} Renon et Laffitte pendant notre séjour à l'hôpital de Niort.

Le second sera l'étude thérapeutique des cas d'appendicite aiguë graves observés de 1927 à 1933 contre lesquels l'intervention impérieuse semblait s'imposer d'extrême urgence.

Nous sommes loin d'avoir relevé *tous* les cas d'appendicite aiguë.

Nous avons laissé de côté les cas simples non compliqués qui se caractérisent à l'ouverture de l'abdomen par une coloration rouge plus ou moins étendue, un état de tension avec aspect érectile, ou une turgescence et un épaissement de tout l'organe.

Nous n'avons l'intention de nous occuper que des cas qu'arbitrairement peut-être nous appellerons *graves*. A ce propos, qu'on nous permette de nous expliquer sur l'épithète grave.

Schématiquement nous avons reconnu trois catégories assez distinctes.

1^o Dans la première, l'appendice extrait présente des *plaques de mortification* d'aspect verdâtre et peut même montrer un *sphacèle total* ou une *perforation*.

2^o Dans la seconde il y a eu, en outre, formation de pus franc autour de l'appendice. Ces formes que nous appellerons : les *péritonites localisées* sont les plus fréquemment rencontrées des cas d'appendicite grave.

3^o Enfin, nous aurons en vue les *péritonites généralisées* où le pus, remplissant tout l'abdomen, s'écoule abondamment lors de l'incision du péritoine. Dans cette dernière catégorie, nous ne comprendrons que les appendicites où le pus *est franc*. Le bouillon sale, l'aspect brunâtre du liquide péritonéal ne suffit pas et nous les reporterons dans le cadre des appendices sphacelés.

A cela s'ajoutent souvent des lésions des organes voisins : gangrène du cœcum, agglutination des anses intestinales, lésions inflammatoires épiploïques communes aux trois formes que nous venons de décrire.

Sans doute nous sommes obligés de souligner ce qu'a de conventionnel pareille division anatomopathologique.

Par exemple, dans certains cas d'appendicite toxique, nous savons la discordance qui peut

exister entre les lésions anatomo-pathologiques de l'appendice ou des organes voisins et les phénomènes toxi-infectieux observés.

* * *

Nous allons donc consacrer quelques pages à chacun des principaux signes locaux, la douleur et son siège, la contracture et le plastron en nous plaçant uniquement dans un cadre pratique. Puis passant rapidement en revue les phénomènes généraux, nous nous attacherons surtout à l'étude du traitement qu'il convient d'opposer à ces appendicites graves et à leurs complications, en particulier de la question du drainage et de la sérothérapie, en suivant les résultats acquis depuis plusieurs années dans ce service.

En terminant, nous donnerons en quatre tableaux la série intégrale des péritonites généralisées et localisées qui ont fait l'objet de ce travail. Nous ferons seulement mention des appendicites sphacelées. Elles nous ont semblé d'un intérêt moins grand, surtout en ce qui concerne les complications et la sérothérapie.

REMARQUES SUR LA SYMPTOMATOLOGIE ET LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

I. — Signes locaux

a) LA DOULEUR.

La valeur de ce signe est bien connue et nous n'avons pas l'intention d'en faire une étude complète, mais seulement de rappeler certains de ses caractères qui feront soupçonner une gravité plus grande, nous voulons parler de la reprise de la douleur, de son siège, et de son intensité.

La *reprise des douleurs* malgré le traitement, doit faire craindre l'apparition d'une péritonite en deux temps, et la perforation de l'appendice. En voici quelques exemples :

L'enfant S..., 5 ans (tableau II, obs. 12) est soignée depuis plusieurs jours pour des motifs un peu différents et imprécis : douleurs dans la région para-inguinale droite, sans température. Pendant les premiers jours quelques vomissements. Au cinquième jour le tableau change complètement.

Il y a reprise des douleurs, la température s'élève, la diarrhée apparaît.

Au moment de l'examen, l'enfant a une température de 39°, un pouls à 130, un facies altéré et présente une contracture abdominale généralisée, surtout accentuée à droite. Découverte d'un appendice gangrené avec pus dans l'abdomen et un foyer putride dans la région sous-cœcale. Drainage. Guérison.

M. M..., 17 ans (tableau IV, n° 25) entre à l'hôpital de Niort. Il a été pris la veille, d'une crise tellement légère d'appendicite qu'on ne peut même pas l'affirmer. Le lendemain douleur beaucoup plus violente. La température est à 40°. Il existe une grosse défense à droite. Intervention immédiate. Incision de M. B. On enlève un appendice perforé en sa partie moyenne. Calcul dans la fosse iliaque. Pus. Drainage par mèche. Guérison.

M. F... (tableau III, obs. 17), 32 ans, entre à l'hôpital de Niort le 6 avril 1929. Le malade souffre depuis huit jours d'une crise d'appendicite. Puis la crise disparaît et le malade se purge légèrement.

A son arrivée il a été pris depuis 24 heures d'une nouvelle crise. Diagnostic : péritonite secondaire. Toucher rectal douloureux. Incision de M. B. Il sort de la sérosité louche. Il s'écoule un gros abcès pelvien. L'appendice est vu à ce moment. Sa base est rouge ; le reste est presque invisible étant complètement gangrené. Nécrose du fond cœcal. Drainage dans le douglas. Drainage contre le cœcum. Guérison.

Dans les deux premiers cas, la péritonite fut spontanée, provoquée dans le troisième sans doute,

par une purge dont on sait les effets désastreux.

Ce sont des faits connus et nous n'insisterons pas davantage.

Son siège. — La douleur spontanée existe presque toujours mais plus ou moins vive.

Localisée à droite au début de la crise elle s'étend ensuite à tout l'abdomen quand la péritonite diffuse en conservant un maximum d'acuité à droite. La douleur provoquée ne manque jamais. On la trouve le plus souvent dans la fosse iliaque droite aux points classiques de M. B. ou de Lanz. Mais elle ne se trouve pas là uniquement et cette variabilité dans le siège constitue un élément de gravité parce qu'on ne pense pas souvent à la rechercher ailleurs.

Nous insistons sur la nécessité de la rechercher partout où elle peut se trouver surtout lorsque les signes sont frustes dans la fosse iliaque.

Dans beaucoup de cas la douleur siège *en arrière*. C'est le cas des appendices rétro-cœcaux. On n'oubliera pas de rechercher le point douloureux lombaire si l'on sait la fréquence des appendicites rétro-cœcales.

Parfois il faudra la découvrir dans la région hépatique où elle simule à merveille un point vésiculaire.

De même dans l'appendicite pelvienne, la douleur correspondante siège plus bas et est décelable par le toucher rectal ou vaginal qu'on n'omettra

jamais de pratiquer, lorsqu'on soupçonne une appendicite.

D'ailleurs, l'appendicite pelvienne emprunte une partie de sa gravité de ce fait que le toucher rectal ou vaginal étant souvent négligé, le diagnostic est fait plus tardivement et les malades amenés à l'hôpital porteurs de lésions graves. Même si le toucher est pratiqué, le diagnostic de salpingite sera souvent porté et le malade attendra et quelquefois à ses dépens.

L'appendicite pelvienne voit donc sa gravité augmenter pour ces deux motifs de temporisation : involontaire et volontaire. On voit les malades en général *plus tard* et souvent lorsque l'irruption dans la grande cavité, d'un abcès pelvien méconnu jusqu'à lors aura fait faire le diagnostic en donnant lieu à ces péritonites généralisées secondaires dont on tire bien rarement les malades.

Nous avons sous les yeux dix-sept cas d'appendicite pelvienne graves. Dans un cas le malade est opéré vingt-quatre heures après le début des accidents. Une autre fois trente-six heures après. Dans trois cas l'intervention est pratiquée 48 heures après le début de la crise. Chez cinq autres malades l'opération ne fut pratiquée qu'au troisième jour. Chez trois malades le début de la crise eut lieu quatre jours auparavant. Dans trois cas le début des accidents remontait à huit jours. Dans un cas le malade était soigné depuis quinze jours.

Ainsi la plupart de ces malades ont été amenés tardivement au chirurgien d'où nécessité, en présence d'un soupçon d'appendicite, d'en rechercher les signes en dehors de la fosse iliaque et de pratiquer un toucher soit rectal soit vaginal. Cela permettra en outre, en ayant une idée plus précise de la situation de l'appendice, de choisir l'incision la mieux appropriée.

Intensité. — La douleur variable dans son siège l'est également dans son intensité.

Son intensité est variable en fonction de la profondeur où se trouve l'appendice, nous voulons dire de sa proximité de la main qui palpe.

Lorsque l'appendice se trouve en contact direct avec la paroi ou tout près d'elle, la palpation réveillera une douleur intense, tandis que le même appendice se présentant au même stade lésionnel mais plus profondément situé, moins accessible à la main qui palpe, donnera à la pression de celle-ci une douleur moins vive. La même remarque s'applique quand on a affaire à une paroi très adipeuse.

Autrement dit, un appendice érectile venant directement en contact avec la paroi, donnera une douleur très intense.

Un appendice assez près de la paroi donnera une douleur vive, mais tandis que l'appendice profond sera encore douloureux, un appendice très profond ne donnera plus de douleur.

La profondeur de l'appendice est un facteur de variabilité et d'interprétations inexactes de la douleur. Nous pensons que l'observation du symptôme douleur, sans lui enlever l'importance qu'elle mérite, doit être faite avec réserve en se rappelant qu'une douleur provoquée violente ne correspond pas obligatoirement à des lésions anatomopathologiques avancées.

Concluons en répétant la nécessité de rechercher les signes en dehors de la *fosse iliaque* quand celle-ci est muette. C'est le point important.

D'autre part, méfions-nous des *accalmies trompeuses* qui s'installent entre deux crises. « Pendant ces accalmies ou ces obnubilations, le processus infectieux, sous ses modestes apparences de foyer sans éclat, se hâte vers la diffusion et l'inoculation massive (Mondor) ».

D'où nécessité d'examiner de près le malade, son facies, son pouls, ses fonctions intestinales et de se rendre compte par un toucher, par un examen complet, si une collection pelvienne ou rétro-cœcale évoluant à bas bruit est en train de préparer ces péritonites qui comportent un pronostic si sévère.

Enfin, rappelons que *l'intensité des signes locaux, surtout la douleur, dépend non pas de l'intensité des lésions, mais de la situation de l'appendice.*

b) LA CONTRACTURE.

Nous n'entrerons pas dans la distinction qui existe entre la défense et la contracture. En palpant on différenciera la contracture musculaire volontaire, temporaire, qui cède à une palpation douce, de la contracture abdominale vraie et permanente, involontaire, la seule importante.

C'est un signe capital le plus utile et qui, à lui seul commande l'intervention immédiate. C'est un signe de péritonite, d'irritation de la grande séreuse. Son déplacement, sa propagation à tout l'abdomen indique la diffusion de la péritonite et commande le pronostic. Nous ne l'avons jamais vu manquer.

Légère au début, c'est à ce moment qu'il faut la découvrir par un palper prudent exempt de brutalité. Elle s'accroît, s'étale jusqu'à atteindre le stade de ventre de bois, terminal, classique. Inutile d'ajouter qu'il y a gros intérêt à ne jamais attendre cet état.

Chez l'enfant l'examen se prolongera aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour apprécier le degré de souplesse de la paroi.

Ainsi que la douleur, il faut savoir aller la chercher là où elle se trouve, lombaire, sus-pubienne ou sous-costale où sa perception est plus difficile. Disons tout de suite qu'il en est de la contracture comme de la douleur et qu'elle se fera sentir d'au-

tant plus précocement que l'appendice se trouve plus rapproché de la paroi.

Elle peut s'atténuer à la phase terminale des péritonites aiguës où elle a fait place à une sensation de semi-résistance douloureuse chez des malades devenus adynamiques et agoniques. Quand elle existe et même si elle existe seule, même avec un facies inaltéré, un pouls convenable, elle commande l'intervention « C'est de toute certitude l'heure du bistouri » (Mondor).

Aussi convient-il d'insister sur la nécessité absolue de respecter un signe précieux de diagnostic et de pronostic et de s'abstenir de l'injection de morphine qui apporte un trouble fâcheux dans les réactions du malade.

c) LE PLASTRON.

La présence du plastron au troisième ou quatrième jour d'une appendicite aiguë doit-elle faire surseoir à l'intervention et préférer le traitement médical ou au contraire, *faut-il intervenir malgré le plastron ?*

C'est un point du moment de l'intervention qui a été beaucoup discuté et résolu de manières différentes suivant les chirurgiens.

Nous pensons que la présence d'un plastron ne *contre-indique généralement pas l'intervention*. Dans beaucoup de cas sa constatation est un signe de gravité, de défense certes, mais bien insuffisante.

Il devient appréciable de vint-quatre à quarante-huit heures après le début de l'inflammation péri-appendiculaire. En palpant légèrement on a l'impression d'une sorte de plaque de blindage doublant la paroi abdominale, faisant corps avec elle dans la majorité des cas et déterminant une légère voussure (Julaguier).

Qu'y a-t-il dans ce plastron ? C'est l'ignorance où nous sommes des lésions qu'il emprisonne, si même il les emprisonne, c'est la crainte qu'il ne constitue qu'une barrière insuffisante qu'il ne paraît pas satisfaisant de laisser évoluer ces lésions méconnues.

1^o D'abord la sensation de plastron ne permet *pas de juger de l'étendue de celui-ci*.

Un plastron superficiel contenant l'appendice encapuchonné par l'épiploon pourra donner l'impression d'une tumeur *relativement volumineuse*, tandis qu'un *plastron profond*, constitué par des *lésions importantes rétro-cæcales* ou pelviennes sera *mal perçu*, ne donnera à la main qu'une impression très floue d'où première difficulté dans l'appréciation des dégâts.

Il nous est souvent arrivé de voir, à l'ouverture de l'abdomen, ce plastron constitué seulement ou par l'appendice enveloppé par l'épiploon ou encore par l'appendice flanqué d'un petit abcès recouvert par un léger voile d'épiploon plus ou moins malade duquel il était illusoire d'espérer qu'il serait une barrière efficace contre la diffusion de l'infection.

M^{lle} B..., 21 ans (tableau III, obs. 50), a été prise le 10 juin 1932 de douleurs dans l'abdomen et le diagnostic de l'appendicite a été porté. Le lendemain la malade va mieux et souffre à peine.

A l'examen on trouve de suite une petite masse sensible dans la fosse iliaque droite. Température 37°8. On enlève un appendice encapuchonné dans l'épiploon. L'appendice est sphacélé et flanqué d'un petit abcès. Guérison.

L'enfant G..., 13 ans, est amené le 16 octobre 1933. Il a été pris le matin même d'une crise douloureuse avec température à 39° et présente des signes nets d'appendicite. On sent une petite tumeur dans la fosse iliaque droite. Intervention immédiate. On tombe sur un appendice recouvert par un léger voile épiploïque qui se décolle instantanément. Ablation. Il y a une plaque de sphacèle prête à se perforer avec deux ou trois centimètres d'épiploon à peine accolé.

2° Ensuite dans *quel état se trouve l'appendice ?*

Au milieu de lésions avancées sûrement mais dont nous ne savons ni l'étendue ni la gravité. Et le *cæcum* ?

M. B..., 38 ans, souffre de l'abdomen depuis le 20 juin 1931 et ne fait appeler son médecin que le 22. Température 39°. Présente dans la région iliaque un plastron soulevant la paroi abdominale. Incision iliaque. Découverte et ablation d'un appendice complètement gangrené. La pointe du cœcum est sphacélée ainsi que les muscles iliaques. Drainage. Suites normales.

« Le plastron le plus authentique est d'ailleurs en son centre, on ne saurait trop le répéter, un abcès. Même s'il y a coque large, l'amande est du pus et l'appendice sans doute perforé. C'est la surveillance de ce plastron qui est délicate et la garantie de sa résorption si difficile à prouver » (Mondor).

C'est pour cela que nous pensons qu'il y a moins de risques à *intervenir en se bornant d'ailleurs, s'il est nécessaire, à faire le moins de manœuvres possibles.*

a) D'autre part, quand le *plastron est constitué par des accollements sans pus, le clivage peut se faire facilement*, et l'on tombe sur un appendice qui peut présenter de grosses lésions et au début il est facile de cliver et d'enlever ces lésions : c'est le cas de la dernière observation rappelée. C'est aussi le cas de ces malades.

M. F..., 57 ans, entre à l'hôpital le 11 avril 1928. Il est malade depuis six jours et présente à droite, de la contracture avec plastron. Découverte d'un appendice rétro-iléo-coecal énorme. Anses recouvertes de lambeaux lardacés. Mise en place d'un drain, évolution simple.

Mlle N..., 16 ans, est prise de douleurs *abdominales*, le 20 juin 1932. Vue le 22 à 6 heures, elle présente une douleur à droite avec un empâtement très net.

Intervention immédiate. On tombe sur une masse à

cheval sur le détroit supérieur constituée par l'épiploon qui encapuchonne complètement l'appendice qu'on extrait après décollement de l'épiploon. L'appendice distendu par un liquide puriforme présente des plaques de sphacèle non rompues, un peu de liquide ascitique clair dans le pelvis.

Ablation de l'appendice.

Fermeture du péritoine.

On laisse les muscles ouverts.

48 heures après on refait le pansement.

La plaie à l'air absolument aseptique. On rapproche les lèvres. Guérie.

Dans huit cas d'appendicite avec plastron, il y eut 7 guérisons et un décès dû à une péritonite secondaire par diffusion d'un abcès contenu dans un plastron pelvien méconnu.

b) Mais si le plastron est vu plus *tardivement*, si l'observation des phénomènes généraux montre une tendance à l'amélioration, si la fièvre baisse, si le pouls est bon à quoi bon se hâter d'intervenir dira-t-on ? Parce que les lésions peuvent *évoluer à bas bruit*.

« Parce que l'inclinaison vers la normale de la température et du nombre des pulsations se fait régulièrement, y voir la résorption d'un foyer purulent est une erreur pleine de dangers.

« C'est souvent le contraire. Il y a eu fièvre au moment de la phase phlegmoneuse : l'abcès une fois collecté peut-être apyrétique ; celui qui ne

sachant pas ce détail détend son attention, assouplit le régime alimentaire, annonce la guérison, va au contraire voir dépérir son malade ou voir quelque brusque dénouement emporter celui-ci » (Mondor).

Nous en avons la preuve dans la première observation que nous avons rappelée à propos de la reprise des douleurs. Pendant cinq jours les phénomènes généraux ont été presque nuls, pendant qu'évoluaient des lésions profondes et graves.

C'est la crainte de voir *éclater des accidents secondaires* irréparables qui nous fait *préférer l'intervention immédiate à la temporisation*.

c) Une fois l'ouverture du péritoine pratiquée, si le plastron est jeune, s'il n'existe que peu de pus, mais surtout une agglutination des anses, une fois le noyau purulent découvert, on pourra rechercher l'appendice, mais on *sera prudent dans cette recherche* pour éviter, par des manœuvres, des manipulations d'anses, de s'exposer à diffuser dans la cavité tout entière, l'infection mal contenue encore par des barrières peu solides. Lorsque le plastron est *plus vieux* si le stade purulent est avancé, l'abcès venant fluctuer sous la paroi, on se contentera d'ouvrir la collection et d'y placer un drain. Ce serait bien entendu *très dangereux de rechercher l'appendice*.

De toute façon, *il est nécessaire de pratiquer une incision iliaque très externe*.

En résumé si nous pensons qu'il y a moins de danger à intervenir qu'à temporiser en présence d'un plastron, c'est que nous ne savons pas les lésions qu'il contient exactement, s'il les enferme bien ou mal, s'il est capable de régression (surtout comme c'est très souvent le cas, s'il contient du pus) quelle est son étendue quand il est rétro-cœcal ou pelvien et que nous savons le danger que court un malade porteur de lésions profondes et la gravité des formes locales qui diffusent. En voici un exemple :

M^{lle} C... (tableau II, obs. 7), est vue chez elle le 15 août 1930. A depuis huit jours une appendicite pelvienne qui a évolué sournoisement. A l'examen la malade accuse une température à 39°, ne souffre pas. Ce n'est qu'au palper et surtout au palper bimanuel qu'on trouve une masse assez volumineuse qui donne l'aspect d'une annexite droite. 48 heures après la température continue à être élevée. La malade est alors transportée à l'hôpital. Le 16 ponction par le rectum de la masse inflammatoire. Il s'écoule avec peine un peu de liquide purulent.

Dans la nuit la malade souffre du ventre et vomit. Le 17 au matin, tableau de la péritonite généralisée aiguë. On décide une intervention immédiate. Incision dans la fosse iliaque droite. Il s'écoule à l'ouverture du péritoine du bouillon sale. Le cœcum plonge dans le bassin. En se dirigeant vers le bassin on ouvre un foyer putride d'odeur infecte qui descend presque dans le douglas. Recherche infructueuse de l'appendice. On met une mèche et un drain.

Pendant 24 heures l'état est stationnaire. Puis le tube

digestif ne fonctionne pas. On fait une fistule cœcale dans la portion du gros intestin qui est dans l'incision.

L'état général décline. Le 22 anurie et la malade meurt.

Cette malade avait un plastron pelvien contenant un abcès à pus gangreneux dont la diffusion a causé une péritonite secondaire mortelle.

Peut-être en aurait-il été de même pour les malades dont nous rapportons maintenant l'observation.

M. M... 32 ans (tableau IV obs. 32), a été prise de douleurs abdominales depuis deux jours, qui vont en s'aggravant. La température est à 40°. Douleur très nette dans la fosse iliaque mais diffuse. *Plastron*, opérée immédiatement. On tombe sur un foyer pelvien à pus gangreneux. On enlève un appendice à moitié gangrené et perforé, on draine largement par tamponnement. Sub-occlusion. *Guérison*.

M. G... 24 ans (tableau IV, obs. 31), est pris brusquement le 7 de douleurs abdominales. Vu par son médecin qui pense à une appendicite sans en trouver aucun signe. Ce n'est que le 9 devant l'élévation de la température que le toucher rectal fait penser à une appendicite pelvienne. Est vu par nous le 10. Température à 39°. Pas de douleurs spontanées. Le ventre est souple et à peine la palpation révèle-t-elle une légère douleur dans la fosse iliaque. Par contre le toucher rectal montre une masse *dure*, douloureuse et irrégulière.

Intervention immédiate. Laparatomie médiane. Longues anses grêles adhérentes à la paroi de l'excavation.

On les libère. On ouvre un petit abcès du douglas. La partie supérieure de cet abcès est formée par le cœcum sous lequel on trouve l'appendice enflammé adhérent par sa pointe à la paroi pelvienne.

Ablation, drain, mèche. Fermeture de la paroi avec crins en huit. *Guérison.*

II. — Signes fonctionnels.

VOMISSEMENTS, SELLES, GAZ.

Les vomissements sont inconstants. Leur répétition seulement doit faire suspecter une gravité plus grande. La reprise surtout des vomissements après une période d'accalmie est un signe de gravité et de reprise du processus inflammatoire. Les vomissements noirs sont le fait d'une intoxication grave et d'une participation du foie au syndrome infectieux.

Le plus souvent il y a le premier jour, arrêt des matières quelquefois des gaz, sans qu'il faille en tirer un pronostic fâcheux. Par contre la diarrhée coexiste souvent avec des lésions graves.

Exemple : M^{lle} B... 10 ans (tableau II, obs. 2), est prise 36 heures avant son entrée à l'hôpital de douleurs abdominales sans indications appendiculaires, sans température. Quelques vomissements. Le surlendemain, selles diarrhéiques, vomissements, état général mauvais, pouls rapide. Contracture, facies péritonéal. A l'ouverture appendice entièrement vert, avec du pus dans tout le bassin. Ablation de l'appendice perforé, drain dans le

douglas. Mèche. 48 heures après occlusion : fistule cœcale. Lavement de tout l'intestin. *Guérison.*

Il est des formes qui débentent par de l'occlusion intestinale, de préférence chez les vieillards.

L'appendicite à forme occlusive est loin d'être une rareté. De nombreuses observations ont été rapportées à ce sujet. C'est une *occlusion avec fièvre* plus ou moins marquée avec présence de signes locaux plus ou moins accentués dans la fosse iliaque.

III. — Signes généraux

a) LA FIÈVRE.

Elle fait rarement défaut, mais elle est sujette à des variations et n'est pas un symptôme absolu de gravité. Elle s'élève jusqu'à 39° avec des appendices rouges simplement, et peut rester à 37 dans certaines appendicites gangreneuses ou sphacéliqués. Il n'en reste pas moins vrai qu'une température à 38°5, 39°, est l'indice de lésions graves.

Lorsqu'il n'existe pas de douleur ou très peu, la constatation d'une fièvre élevée doit favoriser l'intervention.

M. P..., entre à l'hôpital de Niort le 8 novembre 1933. Il a fait plusieurs fois de petites crises d'appendicite. Cette crise dure depuis la veille avec vomissements. La température est à 39. Il n'existe qu'une très légère défense

dans la fosse iliaque droite et la palpation est peu douloureuse. Pas de douleur en arrière. Pouls 80.

Découverte d'un gros appendice violacé sans méso et rétro-cœcal. En le décollant de la paroi cœcale apparaît à sa partie moyenne une large perforation gangreneuse du côté du fond cœcal. Drainage par mèche. Sérum de Vincent. Avec un appendice violacé présentant des lésions aussi importantes les signes locaux étaient réduits au minimum du fait de la profondeur de l'appendice. Mais la température s'était élevée jusqu'à 39°.

La température reste quelquefois peu élevée dans l'appendicite des vieillards chez lesquels les symptômes ont une tendance à rester estompés.

M. R... 66 ans (tableau I, obs. 8) entre à l'hôpital de Niort le 24 avril 1927. Il souffre depuis 4 jours de douleurs abdominales hypo-gastriques ayant commencé brusquement au cours du travail. On pense à une appendicite pelvienne malgré l'absence de température. Pouls rapide à 120. Arythmie.

Incision oblique. On trouve un appendice complètement gangrené et séparé de son méso. Pus dans tout le ventre. Mise en place d'une mèche et d'un drain. Collapsus cardiaque. *Décès.*

b) POULS.

Le plus souvent il y a concordance entre le pouls et la température. Mais lorsqu'il y a décalage entre les deux, l'accélération du *pouls* garde toute sa valeur malgré la fièvre peu élevée et est un signe précieux de gravité.

Quelquefois nous avons observé une température basse avec des lésions importantes mais chaque fois le pouls était rapide et mauvais.

c) ETAT GÉNÉRAL.

On ne manquera pas d'examiner le facies et l'on en tiendra bien compte : le teint terreux, les traits tirés, la prostration, les frissons renseignent sur la gravité du pronostic en l'absence de phénomènes locaux.

Chez les vieillards, les albuminuriques, les alcooliques, l'affection prend un caractère de plus grande gravité et une allure rapide et sournoise. L'examen du cœur et des reins chez les gens âgés en faisant découvrir une tare de l'un ou des autres, fera préférer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale.

Signalons en passant la gravité de l'appendicite dans le diabète.

Nous en avons observé un cas chez un malade de 53 ans, acétonémique, atteint d'une appendicite rétro-cœcale, avec douleurs lombaires, depuis 48 heures, température à 39°, pouls à 110 et défense à droite. Découverte d'un appendice sphacélé et de liquide puriforme dans l'abdomen. Le malade après une accalmie passagère succombe à la généralisation de l'infection malgré un traitement énergique par des injections d'insuline (tableau II, obs. 25).

En conclusion nous pouvons dire que :

Si pratiquement le diagnostic d'appendicite est

fait par la constatation de la douleur dans la région de M. B. il est un certain nombre de points sur lesquels l'attention doit être attirée :

D'abord l'intensité des signes locaux n'a aucun rapport avec le degré de gravité des lésions et l'élément doit être recherché parmi les signes généraux.

Ensuite il faut rechercher avec soin les formes para-iliaques.

Enfin, si les arguments en faveur de la théorie de la temporisation ont été peu à peu réfutés, il subsiste néanmoins encore de nos jours, une tendance à attendre en cas de plastron qui nous semble dans bien des cas non justifiée.

REMARQUES THÉRAPEUTIQUES

I. — Anesthésie.

Cette question nous semble importante. Il n'est pas inutile de diminuer ou même de supprimer, si l'on peut, chez des malades profondément intoxiqués, un nouvel apport toxique.

Dans l'ensemble l'éther a été régulièrement utilisé sauf chez les enfants de moins de quatre ans et chez les pulmonaires.

Toutefois les Drs Renon et Laffite ont tendance à substituer actuellement à cette anesthésie par inhalation, l'anesthésie locale.

Cette méthode tentée depuis plusieurs années déjà a été appliquée d'une façon plus systématique depuis 1932 et est employée maintenant de parti-pris chez les vieillards ou chez les tarés. Il n'est pas douteux que quelques beaux succès lui sont imputables.

Par exemple :

M^{me} B..., 65 ans, soignée par cures de digitaline depuis trois ou quatre ans, est opérée pour appendicite dont le début remonte à trois jours. Signes de péritonite localisée. Cœur mauvais. Irrégularités du pouls qui bat à 120. Anesthésie

locale. Appendice gangrené avec pus. Bonne suites. *Guérison* (tableau III, obs. 31).

M. P..., 78 ans, est opéré à l'anesthésie locale pour une appendicite avec péritonite localisée, datant de trois jours. L'appendice est rétro-cœcal et gangrené avec présence de pus ayant tendance à se diffuser. Sérothérapie. Suites excellentes (tableau IV, obs. 35).

Toutefois dans les cas difficiles et chez les gens gras comme dans la forme plongeante, on est parfois obligé au moment de l'exploration, de donner une bouffée d'anesthésique.

Nous n'avons pas observé à la suite de l'anesthésie locale d'infection de la paroi, signalée par certains auteurs, par suite des décollements pariétaux qu'elle provoquerait.

D'ailleurs dans ces cas d'appendicite grave, la paroi était laissée ouverte.

II. — Voie d'abord.

Nous serons très brefs. Nous n'avons pas l'intention d'en faire une étude détaillée mais seulement d'essayer d'en dégager ce qui peut avoir un intérêt particulier.

L'incision a toujours été celle de Mac Burney, incision suffisante susceptible d'agrandissement en cas de besoin.

Des cas spéciaux se présentent :

Dans la forme *sous-hépatique* l'incision de M. B. doit être complétée d'un agrandissement vers le

haut, sinon on risque de faire une plaie par traction sur un coecum fragile qui vient mal.

Dans la *forme pelvienne* l'incision médiane est préférable *surtout chez les femmes* parce qu'on se rend mieux compte de lésions souvent mal perçues parce que profondes et qu'elle permet aussi de vérifier l'état des annexes si on a des doutes sur eux, et de faire un drainage plus correct.

De toute façon la simple incision du douglas lorsqu'un abcès bien collecté bombe dans celui-ci, peut suffire.

Mais lorsque le doigt trouve un douglas épaissi et cartonné donnant l'impression qu'il existe un « magna » derrière lui, sa simple incision nous semble dangereuse car, contrairement à ce qui se passe pour les salpingites, elle ne met pas à l'abri des généralisations.

III. — Recherche des lésions.

APPENDICE.

Il est indispensable d'en faire le bilan, mais sa recherche doit être faite avec beaucoup de prudence surtout lorsqu'il existe des adhérences avec pus.

LE CÆCUM.

Dans beaucoup de cas il est rouge et enflammé. Parfois il présente des plaques de sphacèle qui

doivent faire craindre l'apparition d'une fistule stercorale.

Dans 7 cas cependant où nous avons trouvé des lésions coecales importantes, nous n'avons pas observé de fistule stercorale secondaire permanente.

Enfin le coecum peut présenter parfois de telles lésions qu'une résection partielle s'impose.

M. B..., a été pris de douleurs abdominales 36 heures avant son entrée à l'hôpital. Au moment de l'intervention, il éprouve de violentes coliques et l'abdomen est contracturé. On pratique une résection du fond cœcal gangrené. Mise en place d'une mèche de caoutchouc. Suture du péritoine. Suites parfaites (tableau III, obs. 45).

L'ILÉON.

L'iléon lui-même peut être intéressé et présenter des lésions graves qui nécessitent un traitement spécial.

Notons la gravité de ces lésions concomitantes.

M. S..., entre le 5 janvier 1927 à l'hôpital. Il a présenté des douleurs abdominales vives le 25 décembre et qui se sont calmées les jours suivants. Le 3 janvier, nouvelle crise avec occlusion. Laparotomie médiane. On tombe sur des anses grêles distendues. Gros abcès entre l'appendice et le péritoine pariétal. L'appendice est sphacélé et la fin du grêle ulcérée et perforée. Obturation de la perte de substance. Ablation de l'appendice et mise en place d'un

bouton entre le cœcum et la portion de l'iléon sus-jacente à la lésion. Drainage de l'angle iléo-cœcal par mèche. L'occlusion persiste. On fait une fistule cœcale. *Mort* (tableau I, obs. 3).

M^{me} B..., 53 ans se plaint le 2 mars de douleurs abdominales auxquelles elle n'attache pas d'importance. Le 4 elle s'alite, coliques. Le 6 signes d'occlusion. Etat général mauvais. Incision médiane sous-ombilicale. Paquet d'anses distendues et noirâtres ayant tourné sur elles-mêmes. Appendice nécrosé. Points purulents sur le grêle. Ponction d'une anse dilatée. Après ablation de l'appendice qui reste accolé à l'ensemble des anses on résèque ces dernières au niveau de l'endroit où elles sont noirâtres. Fermeture des deux bouts. On fait une suture latéro-latérale. *Mort*.

M^{me} V..., 55 ans, présente une crise douloureuse remontant à trois jours. Abdomen douloureux dans sa partie basse. Douleurs au toucher vaginal. Quelques signes d'occlusion. Laparotomie médiane. Anses grêles rouges distendues avec plaques de péritonite. Sphacèle de l'appendice et des annexes à droite. Découverte d'une anse grêle perforée. Mickulicz

L'occlusion continue, on fait une fistule sur le grêle. *Mort* (tableau I, obs. 15).

IV. — Ablation de l'appendice.

Là, le chirurgien se conduit suivant ce qu'il trouve.

La plupart du temps on peut mettre d'abord un fil ou une pince sur le méso-appendiculaire et

procéder ensuite à la ligature de la base de l'appendice après écrasement à la pince de Terrier.

En procédant ainsi la ligature du système vasculaire est faite d'un seul coup et demeure facile et élégante.

Souvent (plus fréquemment que dans les formes légères) on doit employer la *voie rétrograde* lorsque le coecum monte mal et que l'appendice sans méso est intimement accolé au fond coecal. Le moignon appendiculaire saisi par sa portion la moins malade, a moins de tendance à se déchirer dans les manœuvres de libération surtout dans le cas d'appendices enfouis.

On peut éviter ainsi une rupture de l'organe *totale* ou même *partielle*.

Inutile d'insister sur l'utilité de ce détail en cas d'appendice sphacélé et non perforé, comme nous le verrons quand nous parlerons de la fermeture.

Rarement la *voie sous-séreuse* a été utilisé, mais a rendu dans certains cas de réels services.

V. — **Enfouissement.**

La section faite au thermocautère, *jamais le moignon appendiculaire n'a été enfoui à quelques exceptions près*. Ces quelques rares enfouissements ont été faits lorsque le thermocautère n'avait pas pu être utilisé pour la résection du moignon.

Dans les péritonites généralisées et dans les

formes localisées avec abcès, l'enfouissement ne sert à rien bien entendu.

Restent seuls les appendices présentant des plaques de sphacèle plus ou moins étendues.

Contre le non-enfouissement plaident les arguments suivants qui ont été mis en valeur par de nombreux auteurs dont MM. de Martel et Robineau et qui justifient à notre avis aussi cette conduite à tenir.

D'abord les sutures séro-séreuses créent autour de l'appendice une cavité close propice au développement de l'infection et à la création d'abcès.

Souvent ensuite il n'existe pas d'étoffe souple pour pratiquer l'enfouissement, les tissus étant implissables et trop durs, coupent.

Dans les formes où le cœcum est enflammé, la crainte des points perforants n'est pas à négliger.

Enfin, ajoutons que chez des gens plus ou moins intoxiqués l'appendicectomie suivie d'enfouissement devient une opération plus compliquée, une opération prolongée.

VI. — Fermeture de la paroi et drainage.

Cette question du drainage dans l'appendicite aiguë donne matière encore à de nombreuses discussions. Alors que certains sont partisans du non-drainage des péritonites, d'autres n'hésitent pas à le multiplier.

Après des tâtonnements, surtout dans les cas

moyens, on verra en consultant le tableau ci-contre, que les D^{rs} Renon et Laffite ont adopté la ligne de conduite suivante :

1^o Par principe toute appendicite perforée est drainée.

2^o Lorsque l'appendice est sphacélé et qu'il n'y a pas de lésions de perforation, qu'il existe ou non du bouillon sale dans l'abdomen, on ferme le péritoine, mais on ne referme pas la paroi et on met deux crins d'attente que l'on serre le cinquième jour.

Il n'est pas douteux que cette pratique évite les abcès fréquents de la paroi dus à l'infection du tissu cellulaire particulièrement sensible et permet de ramener à douze ou quinze jours le temps d'hospitalisation qui dure trois semaines lorsque survient cet incident.

3^o Si un appendice non perforé se rompt au cours de l'extraction on peut procéder de façon identique, c'est le seul cas où nous ne drainerons pas un appendice perforé.

4^o Dans les *péritonites localisées*, nous mettons un drain et une mèche au contact du foyer quel qu'il soit et où qu'il soit. Cette mèche est retirée progressivement à mesure que tombe la température.

5^o Dans les *péritonites généralisées* il est illusoire de penser drainer efficacement tout le pus quel que soit le mode de drainage adopté.

Nous plaçons un drain dans le douglas et une mèche de caoutchouc dans la fosse iliaque.

6^o Reste la question du *Mickulicz* dans les péritonites généralisées.

Les uns se refusent systématiquement à pratiquer ce mode de drainage que d'autres préconisent.

Il semble que les meilleurs résultats tirés du *Mickulicz* résident dans son emploi dans les appendicites pelviennes avec grosses quantités de pus. Nous pensons que c'est là la meilleure de ses indications.

Sur 10 cas de péritonites généralisées où le drainage à la *Mickulicz* fut employé, nous enregistrons 5 guérisons et 5 décès.

Dans trois autres cas de péritonites localisées dont deux rétro-cæcales et une pelvienne avec quantité abondante de pus nous avons eu 3 guérisons.

On l'a accusé d'être un agent d'occlusion intestinale et dans un cas récent, nous avons trouvé qu'une bride cause d'occlusion secondaire prenait son point d'attache visiblement sur lui.

VII. — Sérothérapie.

La question de la sérothérapie dans l'appendicite aiguë a fait depuis plusieurs années l'objet de nombreuses communications et les opinions émises à ce sujet ont varié quant à la valeur thérapeutique à lui accorder.

Les premiers essais de sérothérapie dans l'appendicite concernaient l'emploi du sérum anti-gangreneux. En 1920 P. Delbet relatait le cas de guérison de huit appendicites où l'état était désespéré, grâce à l'association de la sérothérapie anti-gangreneuse.

De nombreux auteurs ont rapporté des cas similaires, recommandant d'associer la sérothérapie au traitement habituel.

Michel et Mathieu à la Société de Nancy du 26 mai 1924 rapportent une statistique de 35 cas d'appendicite sévère avec 3 morts et où la sérothérapie anti-gangreneuse fut pratiquée à des doses massives, variant de 200 cmc. à 300 cmc. de sérum anti-perfringens œdématiens vibrion septique de l'Institut Pasteur.

Plus récemment à l'Académie des Sciences en juillet, M. Weinberg faisant part d'une statistique concernant 96 cas d'appendicite graves ayant reçu du sérum anti-gangréneux, avec deux cas mortels, insiste sur l'utilité de cette méthode. Il a aussi préparé un sérum complémentaire anti-gangreneux et anti-colibacillaire qui a été employé systématiquement par l'auteur et M. Laquière dans le traitement de 152 cas d'appendicite grave. En faisant abstraction des appendicites non-gangréneuses, 2 cas mortels sur 44 ont été observés avec le sérum anti-gangreneux. Avec le même sérum mélangé à du sérum anti-colibacillaire on ne compte que 3 morts sur 90 malades traités.

D'autres auteurs constatant que la flore microbienne de l'appendicite ne correspond pas généralement aux germes contre lesquels est dirigé le sérum anti-gangreneux habituel, ont contesté son utilité et tiennent ses indications pour peu fréquentes.

Dans l'ensemble c'est la sérothérapie anti-colibacillaire que nous aurons surtout utilisée.

Au milieu de l'année 1929 nous avons commencé à employer le sérum anti-colibacillaire du professeur Vincent, mais d'une façon plus systématique dans ces trois dernières années.

Au début les doses injectées étaient de 10 à 20 cmc. et furent augmentées sur les conseils du professeur Vincent. Les quantités injectées maintenant sont de 40 à 60 cmc. au moment de l'intervention et répétées les jours suivants s'il est besoin.

La voie intramusculaire fut généralement la seule employée. Dans certains cas particulièrement graves où les phénomènes d'intoxication étaient à leur maximum, l'injection intra-veineuse fut pratiquée et la sérothérapie anti-gangréneuse associée (20 cmc.).

VIII. — Résultats.

Voici les résultats obtenus depuis 1927 à novembre 1933. Statistique où deux chirurgiens ont employé les mêmes procédés :

1^o *Statistique générale.*

Pour un ensemble de 1.113 cas d'appendicite la mortalité est de 3,5 %.

Rappelons que nous n'avons relevé que les appendicites aiguës laissant de côté les cas d'appendicite chronique.

2^o *Appendicites graves.*

Parmi ces 1.113 appendicites nous en avons relevé 223 qui présentaient les caractères de gravité exposés dans le premier chapitre et parmi elles il y eut 37 décès, soit une mortalité de 16 %.

Voici exposés plus en détail et suivant que la sérothérapie a été associée ou non au traitement habituel ces 223 cas classés comme suit :

A. — PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES.

1^o *Péritonites généralisées sans sérum.*

Sur 30 cas traités sans l'aide du sérum anticolibacillaire, il y eut :

14 décès,
16 guérisons,
Mortalité 46 %.

2^o *Péritonites généralisées avec sérum.*

Sur 37 cas traités avec l'aide du sérum, il y eut :

23 guérisons,
14 décès,
Mortalité 37 %.

En réalité, 24 guérisons et 13 décès, un de nos malades ayant succombé deux mois après à des accidents d'occlusion.

Mortalité 35 %.

Sur ces 37 cas, chez 10 malades ayant reçu des doses faibles (10 à 20 cmc.) de sérum de Vincent il y eut :

6 guérisons,
4 décès,
Mortalité 40 %.

Sur les 27 restants ayant reçu des doses plus fortes il y eut :

18 guérisons,
9 décès,
Mortalité 33 %.

B. — PÉRITONITES LOCALISÉES.

1^o *Péritonites localisées traitées sans sérum.*

Sur 50 cas il y eut :

47 guérisons,
3 décès,
Mortalité 6 %.

2^o *Péritonites localisées traitées avec sérum.*

Sur 37 cas de péritonite localisée avec adjonction de sérum de Vincent il y eut :

35 guérisons,
2 décès,
Mortalité 5 %.

dont un décès dans la période où l'on faisait peu de sérum et un où les quantités injectées étaient plus fortes.

Sur 69 cas d'appendicite avec sphacèle il y eut 4 décès, deux dans la période où l'on ne faisait pas de sérum, et deux ayant reçu du sérum.

Mortalité 5 %.

Dans l'ensemble il n'est pas douteux que le sérum a une influence heureuse et surtout donne des suites opératoires qui sont plus nettes, un état général meilleur, une baisse plus rapide de la température, avec une reprise plus précoce des fonctions intestinales.

Dans les *péritonites localisées* et les appendices sphacelés on peut constater que la mortalité est peu élevée et l'on doit d'autant plus en être satisfait que le sérum du Professeur Vincent a été fait dans des cas où cliniquement, le pronostic semblait fâcheux. Il n'est pas douteux que nous avons observé des cas surtout chez les tarés, où l'évolution a dépassé toutes les espérances (nous n'aurions que l'embarras du choix, dans les nombreuses observations).

Mais il n'a pas encore transformé complètement l'avenir des *péritonites généralisées*. C'est un adju-

vant utile, indispensable même qu'il ne faut pas ignorer et que l'on doit employer aussi généreusement que son prix assez élevé peut le permettre.

Mais il est des cas où malgré le sérum de Vincent employé avec le sérum anti-gangreneux, la mort est survenue sans que l'évolution ait semblé influencée.

M. P..., 22 ans (observation récente). Malade depuis la veille de douleurs dans le ventre, n'appelle son médecin que le lendemain. A son arrivée à l'hôpital le malade présente une température à 39°5, des signes abdominaux nets, mais peu intenses. Intervention immédiate.

On tombe sur un appendice rétro-cœcal intimement fixé au cœcum. On fait une ablation rétrograde. En décollant l'appendice du cœcum on trouve une plaque sphacélée perforée qu'obturait la paroi cœcale. Foyer putride à ce niveau.

On laisse tout ouvert avec mèche. Dans les jours qui suivent le malade reste avec une température à 39°5 avec une légère tendance à descendre dans les deux premiers jours, ainsi que le pouls à baisser. A reçu dès l'intervention 40 cmc. de sérum anti-colibacillaire.

Trois jours après on enlève la mèche et le malade remonte le soir même à plus de 40°. On installe une irrigation continue dans la plaie au fond de laquelle coule un liquide sanieux. Le ventre est ballonné mais le malade ne vomit pas. Sérum anti-gangreneux. Goutte à goutte hypersalé.

Quatre jours après la température est encore à 40°. On refait le pansement et la plaie commence déjà à se déterger. Selles abondantes, émissions de gaz. Le ventre est plus souple et l'état général reste bon.

La température continue à rester très élevée, malgré les injections d'électrargol intraveineux et un abcès de fixation.

Nouvelle injection de Sérum de Vincent.

Le soir du cinquième jour le malade est très agité. Son poulx commence à flancher. L'agitation continue. Le matin du 6^e jour la température est à 41°. Collapsus cardiaque. *Mort.*

M^{lle} B..., entre à l'hôpital le 9 mai 1933. Elle a été prise la veille de douleurs abdominales avec vomissements et présente une contracture généralisée avec maximum de douleur à droite, température 38°.

Ablation d'un énorme appendice entièrement vert. Pus libre dans l'abdomen. Ablation de l'appendice. On laisse tout ouvert. Injection de 40 cmc. de Vincent et de 20 cmc. de sérum anti-gangreneux. La température se maintient à 39. On injecte successivement 20 puis 40 cmc. de sérum anti-colibacillaire.

La malade meurt le quatrième jour au milieu de phénomènes toxiques (tableau II, obs. 32).

Il faut, pour être juste, dire que ce n'est pas toujours le développement du processus infectieux d'ailleurs qui est la cause de mortalité, il est des complications dont nous devons parler maintenant et qui sont d'une importance capitale.

IX. — Complications

Parmi toutes les complications qui peuvent survenir après l'appendicectomie nous laisserons

toutes celles qui sont d'ordre médical (complications pulmonaires, vasculaires, infection à distance) pour ne retenir que celles d'ordre chirurgical : les occlusions, les abcès, et les fistules stercorales.

Des abcès nous ne parlerons que de celui du Douglas le plus fréquent de beaucoup.

ABCÈS DU DOUGLAS.

Sur 223 cas d'appendicite grave nous avons relevé : 13 abcès du douglas répartis de la façon suivante :

- 6 cas sur 67 péritonites généralisées ;
- 5 cas sur 87 péritonites localisées ;
- 2 cas sur 69 cas d'appendices sphacelés.

qui sont apparus respectivement :

1 fois le 4^e, le 6^e, le 8^e jour.

2 fois le 10^e, 3 fois le 12^e jour et 1 fois le 11^e.

Enfin :

2 fois le 13^e jour, et 1 fois les 15^e et 19^e jour.

La date d'apparition la plus communément observée se place entre le 10^e et le 13^e jour, et en cela notre statistique correspond aux données classiques.

Une fois le diagnostic fait par le toucher rectal nous avons toujours pratiqué l'incision du rectum ou une colpotomie et n'avons jamais attendu, comme le recommandent certains auteurs, une évacuation spontanée par le rectum.

Une fois, après une ponction d'un abcès par le rectum, nous avons observé une hémorragie importante quelques heures après. Hémostase. Guérison.

Une fois, nous avons observé la récurrence d'un abcès du douglas, un abcès de la fosse iliaque gauche et un de la région lombaire évacué par cette voie.

2^o FISTULE STERCORALE.

Elle se voit dans les cas d'altération du cœcum. Cependant sur 9 cas de lésion cœcale nous ne l'avons pas observée; il est vrai que lorsque le cœcum nous est apparu très malade, nous avons procédé à une résection partielle.

3^o OCCLUSION.

L'occlusion dans les appendicites aiguës suppurées est une des complications les plus graves dont le chirurgien ait à s'occuper. Mathieu estime sa mortalité à 50 %.

C'est une complication assez fréquente puisque sur 223 cas d'appendicite aiguë grave, nous avons trouvé 25 occlusions.

C'est aussi une complication qui croît en fréquence à mesure que croît la quantité de pus dans l'abdomen. Sur 223 cas comprenant 67 péritonites généralisées, 87 péritonites localisées et 69 appendicites avec sphacèle, il y eut 17 occlusions dans la première catégorie, 7 dans la seconde, 1 dans la troisième.

Nous diviserons les occlusions comme il est classique de le faire, en plusieurs catégories :

1^o D'abord celles qui sont contemporaines de la crise, et qui peuvent persister après l'intervention ;

2^o Celles qui font leur apparition après l'intervention séparée d'elles par un intervalle de temps plus ou moins long sans excéder une dizaine de jours environ ;

3^o Celles qui surviennent tardivement (plusieurs semaines ou plusieurs mois).

L'appendicite avec occlusion contemporaine de la crise n'est pas une rareté. On la rencontre de préférence chez les gens âgés. La plupart du temps dans cette forme, ce sont les signes d'occlusion qui prédominent et qui masquent les symptômes de la fosse iliaque.

C'est une occlusion par parésie due à la péritonite et son pronostic est celui de la péritonite elle-même, c'est-à-dire assez mauvais, car souvent les fonctions intestinales ne reprennent pas malgré le traitement médical et chirurgical.

Dans les premiers jours, l'occlusion est due à des agglutinations d'anses, à un abcès, à des coudures.

L'occlusion tardive est le plus souvent due à une bride. On prétend que les drains et la gaze favorisent l'occlusion. Nous en avons observé un cas précis chez une fillette de 12 ans atteinte d'appen-

dicite aiguë rétrocœcale avec gangrène du cœcum qui fit une occlusion 2 jours après, et présentait un nid d'adhérences verdâtres partant de la zone du Mickulicz.

Il est nécessaire au point de vue du traitement, de distinguer la parésie péritonitique de l'occlusion mécanique. L'iléus paralytique survient en période aiguë de l'appendicite opérée ou non opérée. Le ventre se ballonne, les anses se dessinent sous la paroi.

L'iléus mécanique donne lieu à des crises douloureuses et à des coliques.

La grande majorité des occlusions post-opératoires survient du 2^e au 4^e jour après l'intervention.

Sur 20 cas d'occlusion post-opératoire, 13 fois les accidents éclatèrent entre le 2^e et le 4^e jour :

- 1 fois au 5^e jour.
- 1 fois au 6^e jour.
- 2 fois le 10^e jour.
- 1 fois 1 mois après.
- 1 fois 2 mois après.
- 1 fois 3 mois après.

* * *

Voici le traitement qui a été opposé à 25 cas d'occlusion d'origine appendiculaire.

I. — OCCLUSIONS CONTEMPORAINES
DE L'APPENDICITE.

N° 1. 47 ans (tableau I, observation 3).

Laparotomie médiane au moment de l'intervention. Anastomose par bouton entre grêle et cœcum. 48 heures après fistule cœcale. Lavement..... *Mort.*

N° 2. 41 ans (tableau I, observation 10).

Lapatoromie médiane. Anastomose par bouton de grêle à grêle au moment de l'intervention..... *Mort.*

N° 3. (tableau IV, observation 15).

Anus du côlon transverse au moment de l'intervention..... *Guéri.*

N° 4. 55 ans (tableau I, observation 15).

Laparotomie médiane au moment de l'intervention. Fistule du grêle 48 heures après l'intervention..... *Mort.*

N° 5. 53 ans (Appendices sphacélés).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendice nécrosé adhérent aux anses grêles noirâtres. Résection d'anses. Fermeture des deux bouts. Suture latéro-latérale *Mort.*

II. — OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES VRAIES.

A. *Fistules cœcales.*

N° 1. 67 ans (tableau I, observation 4).

Péritonite généralisée. Occlusion au 2^e jour. Fistule cœcale *Mort.*

N° 2. 46 ans (tableau I, observation 6).

Péritonite généralisée. Occlusion au 2^e jour.
Fistule cœcale..... *Mort.*

N° 3. 4 ans (tableau I, observation 16).

Péritonite généralisée. Occlusion au 2^e jour.
Fistule cœcale..... *Mort.*

N° 4. 8 ans (tableau II, observation 6).

Péritonite généralisée. 48 heures après occlusion. Fistule cœcale. Lavement..... *Mort.*

N° 5. 15 ans (tableau II, observation 7).

Péritonite généralisée secondaire. Occlusion 48 h. après. Fistule du côlon ascendant. *Mort.*

N° 6. 27 ans (tableau II, observation 4).

Péritonite généralisée. Occlusion le 3^e jour.
Fistule cœcale. Lavement de tout l'intestin.
Amélioration puis rechute. Anastomose latérale
du grêle dans le côlon ascendant *Mort.*

N° 7. 8 ans (tableau III, observation 14).

Péritonite. Signes d'occlusion le 5^e jour. Evacuation d'un abcès prérectal. Fistule cœcale. *Mort.*

N° 8. 10 ans (tableau II, observation 1).

Péritonite généralisée. Signes d'occlusion le 2^e jour. Très mauvais état général. Fistule cœcale. Lavement du gros intestin..... *Guérie.*

B. Ponctions du cœcum.

N° 1. 13 ans (tableau I, observation 17).

Péritonite. Occlusion le 3^e jour. Ponction du cœcum au trocart laissé en place..... *Guérie.*

N° 2. 70 ans (tableau III, observation 32).

Péritonite localisée. Occlusion le 3^e jour. Ponction du cœcum. Malade très fatigué. Hémiplegie..... *Mort.*

N° 3. 14 ans (tableau IV, observation 16).

Appendicite avec péritonite localisée. 48 heures après, occlusion. Ponction du cœcum. Evacuation d'un abcès du Douglas à plusieurs reprises..... *Guérie.*

Dans ces formes où la ponction a suffi, il s'agissait de formes légères, de subocclusion.

C. *Fistules du Grêle.*

N° 1. 16 ans (tableau III, observation 2).

Péritonite appendiculaire localisée. Occlusion le 3^e jour. Fistule sur la première anse dilatée..... *Guérie.*

D. *Anastomoses.*

1° De grêle à grêle.

N° 1. 16 ans (tableau II, observation 16).

Péritonite généralisée. Occlusion au 10^e jour. Ponction d'anses dilatées. Anastomose de grêle à grêle au fil..... *Guérie.*

N° 2. 3 ans (tableau II, observation 23).

Péritonite généralisée. Occlusion au 10^e jour. Anastomose au fil de grêle à grêle. Mais complications secondaires, occlusion tardive due

à l'agglutination des anses (On retrouvera ce malade au chapitre suivant)..... *Guéri.*

N° 3. 9 ans (tableau III, observation 3).

Péritonite appendiculaire localisée. 3 jours après occlusion. Anastomose entre 2 anses grêles..... *Guérison.*

2° De grêle à côlon.

N° 1. 18 ans (tableau IV, observation 1).

Appendicite avec péritonite au 6^e jour. Occlusion iléo-cœcstomie..... *Guérie.*

N° 2. 12 ans (tableau IV, observation 33).

Appendicite avec péritonite. 2 jours après occlusion. Résection d'une bride. Anastomose au bouton entre grêle et cœcum..... *Guérie.*

III. — OCCLUSIONS TARDIVES.

A. *Fistules.*

N° 1. (tableau IV, observation (15)

Revient 3 mois après. Avait déjà subi au moment de l'intervention une fistule du transverse.

Fistule sur la première anse dilatée après qu'une libération d'anses et une fistule cœcale n'eurent donné aucun résultat..... *Mort.*

B. *Anastomoses.*

N° 1. (tableau IV, observation 18).

Péritonite appendiculaire. 3 semaines après

occlusion. Ponction d'une anse dilatée. Anastomose latéro-latérale..... *Guérison.*

N^o 2. 3 ans (tableau II, observation 23).

Déjà opéré d'occlusion 2 mois avant. Libération et résection *d'anses étranglées*. Anastomose termino-terminale. Schock..... *Mort.*

Soit en tout 10 morts sur 20 malades.

* * *

Concluons que :

1^o *Dans les cas d'occlusions contemporaines de la crise*, en plus de l'appendicectomie faite dans les conditions les moins choquantes, il y a ici un intérêt majeur à essayer à fond le traitement médical et tout particulièrement le traitement sérique hyperchloruré. On peut y adjoindre une cœcostomie faite au cours de l'intervention ou peu de temps après, avec lavage du gros intestin sans trop d'ailleurs compter sur elle.

2^o *Dans les occlusions post-opératoires récentes :*

TRAITEMENT MÉDICAL. — Il faut faire bénéficier les malades du traitement médical, (péristaltine, hypophyse, lavement, sérum salé hypertonique intra-veineux), mais il ne faut pas le prolonger et passer ainsi l'heure d'une intervention chirurgicale efficace.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — *a)* La fistule cœcale est un pis-aller chez des malades incapables de supporter une laparotomie médiane puisque c'est sur le grêle que porte l'occlusion.

b) La fistule du grêle a des inconvénients trop connus pour que nous y insistions (dénutrition, ulcération cutanée, cure secondaire difficile, réintervention presque obligatoire).

Elle a le gros avantage de pouvoir être faite très simplement sur des sujets très fatigués.

c) La dérivation interne par entéro-anastomose sur laquelle Okynzyc a rappelé l'attention serait la méthode de choix chaque fois que l'état du malade le permet. Il y a un très gros avantage à pratiquer l'intervention à l'anesthésie locale.

d) Quant à la section des brides, elle peut dans quelques cas suffire, mais à cette époque, il est rare que ce simple agent d'étranglement soit le seul élément d'occlusion et bien souvent il y a intérêt à lui joindre une entéro-anastomose.

De toute façon il est illusoire de faire des manœuvres de libération d'anses qui se recolleront à peu près sûrement, sans parler des dangers qu'il y a à travailler dans ce foyer d'infection.

3° *Dans les occlusions tardives :*

Nous donnons la préférence de beaucoup à l'entéro-anastomose, à l'anesthésie locale.

S'il existait une bride, il n'y aurait aucune raison pour ne pas la sectionner ; mais si le foyer d'adhérences semble important, il vaut mieux, même à cette date, éloignée de l'intervention ne pas se lancer dans un décollement difficile et non sans dangers.

TABLEAU I. — Statistique des péritonites généralisées

N ^o	Age-Sexe	Date de début	Mode début	θ	Pouls	Vomis.	Selles. Gaz.	Signes cliniques	Et de l'appen
1	62 H.	24-11-26	Douleurs abdominales depuis 4 jours avec ballonnement					Ventre de bois	Gangr section
2	4 F.	27-11-26	Douleurs abdominales depuis 2 jours					Ventre de bois	Perforé
3	47 H.	5- 1-27		37°		+	— —	Douleurs abdominales avec ballonnement. <i>Signes d'occlusion</i>	Sphac perforé
4	67 H.	6- 1-27	Douleur subite en coup de poignard	38°5	110	+	— —	Défense. Symptômes atténués par morphine	Sphac noirâtre
5	40 H.	15- 1-27	Douleurs violentes et subites 2 jours avant. Douleur à droite. Coliques	38°	100	—		Ventre de bois	Sphacél morcea
6	46 H.	29- 3-27						Signes de péritonite généralisée	
7	43 H.	14- 4-27	Douleurs			—	— —	Signes d'occlusion et de péritonite généralisée	Sphacél
8	66 H.	20- 4-27	Douleurs abdominales depuis 4 j.	37°	120			Douleur et défense Aythmie	Gangren
9	24 H.	13- 5-27							Enorme turgesc
10	41 H.	6- 5-27	Soigné depuis 4 jours pour coliques néphrétiques	40°	80	+ noirs		Douleur, ventre de bois	Tout sp célé
11	37 H.	23- 6-27							Gros pe ré
12	18 F.	23- 6-27	Syndrome appendiculaire datant de 24 heures					Douleur et défense	Gangr perforé
13	69 H.	31- 7-27							
14	34 F.	15- 1-28	Douleur abdominale droite. Purgé	39°	120	++		Contracture à droite L. M. S. O.	Perforé pelvien
15	55 F.	27- 3-28	Crise douloureuse abdominale droite	37°	rapide	++	— —	Défense dans la partie basse du ventre. Signes d'occlusion	Sphacél Perforé

depuis fin 1928 jusqu'à novembre 1933 sans sérothérapie

Pus Gâté. Siège	Lésions associées	Drainage	Simple	Evolution		Guérison ou mort
				0 et pouls	Complications	
ans tout ventre	Ansae agglu- tinées	Drain, Mèche		Collapsus car- diaque		Mort.
ans tout ventre		Drain, Mèche				Guérison.
ans le tre	Grêle ulcéré perforé	Drain, taffe- tas		Pouls s'accé- lère	Occlusion continue. Fis- tule cœcale. Lavement	Mort.
ans tout ventre		Drain, taffe- tas		La T. monte progressivem.	Occlusion. Fistule cœcale	Mort.
ans tout ventre		Taffetas	Simple			Guéri.
ans tout ventre					Occlusion 48 h. après. Fistule cœcale	Mort.
ans tout le tre	Distension des anses	sus-pubien et iliaque	Simple			Guéri.
ans tout le tre		Drain, Mèche		Collapsus		Mort.
ans tout le tre		Drain, Mèche	Simple	La t. baisse pro- gressivement		Guéri.
usses mem- branes sur anses dilatées	Pus dans tout le ven- tre				Occlusion continue	Mort.
ans dans tout ventre		Drain, Mèche	Simple			Guéri.
ans abondant l'ouverture		Drain, Mèche	Simple			Guérie.
ans dans tout abdomen		Drain	Simple			Guéri.
ans dans tout abdomen		Mickulicz		Collapsus car- diaque, sérum salé		Mort.
ans dans le ventre	Plaques de péritonites sur les an- ses	Mickulicz		Bons pendant 2 j. T. 38°	Clapotis persiste. Inci- sion cœcale. Fistule sur la première anse dilatée Occlusion	Mort.

TABEAU I. — Statistique des péritonites généralisées

N°	Age Sexe	Date de début	Mode de début	θ	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendi
16	4 H.	14- 4-28	Douleurs et vomissements depuis plusieurs jours	élevée				Contraction généralisée, ventre plat	Perforé calcul stercoral
17	13 H.	7- 5-28	Douleurs abdominales depuis quelques jours à droite	37°5		++		Point précis de M. B. Toucher rectal douloureux.	Perforé pelvien
18	15 H.	4- 6-28	Troubles abdominaux vagues depuis six jours	39°		++		Douleur diffuse, ventre de bois	Sphacé perforé
19	21 F.	14- 8-28	Douleur à droite la veille apaisement et reprise des douleurs			+		Douleur diffuse, défense	Perforé
20	5 H.	22- 9-28						Contraction généralisée	Gangrené
21	5 H.	22- 8-28						Signes de péritonite généralisée	Perforé
22	16 m. H.							Péritonite gangreneuse généralisée	Perforé gangrené
23	28 F.	30- 8-28						Signes de péritonite subaiguë	Perforé
24	20 F.	2- 9-28	Début il y a 8 jours					Signes de péritonite généralisée. Grossesse	Nécrosé à 2 endroits
25	2 F.	31- 1-29	Crise datant de 3 j.	39°		—	—	Défense à droite	Perforé
26	7 H.	6- 5-29	Crise le matin	40°				Douleur et défense à droite	Sphacé perforé
27	18 H.	18-10-30	Malade depuis 3 j.					Ventre de bois	Perforé
28	61 F.	7-10-31	Crises douloureuses continuelles depuis 2 jours	39°	130	+		Défense à droite	Perforé
29	10 F.	27-10-32	Malade depuis 48 h.	40°		+			Perforé pelvien
30	12 F.	17- 6-32	Malade depuis 7 j.	39°	100	+		Ventre mat, plastron droit	Pelvié sphacé perforé

Depuis fin 1926 jusqu'à novembre 1933 sans sérothérapie (Suite)

Pas antité Siège	Lésions associées	Drainage	Simple	Evolution		Guérison ou mort
				6 et pouls	Complications	
sous pres- ion		Drain, Mèche		Pouls accéléré pas de T.	Ballonnement, vomisse- ments, <i>occlusion</i> , cœcos- tomie, collapsus	Mort.
esse quan-				Suites simples pendant 2 j.	Crises épileptiformes. Ballonnement du ventre, ponction au trocart	Guérison.
esse quan- de pus li-	Anses recou- vertes d'ex- sudats noi- râtres	Drain, Mèche		Collapsus car- dique		Mort.
dans tout abdomen		Mèche	Simple			Guérison.
as libre		Drain, Mèche				Mort.
as libre		Drain				Guéri.
as libre	Etat général très grave	Drain		Collapsus		Mort.
as libre		Mickulicz		Collapsus		Mort.
as libre	Etat général grave	Mickulicz		Collapsus	Accouchement prématu- ré	Mort.
as libre	Nécrose du mésos	Mèche	Simple			Guéri.
as libre	L'épiploon encapu- chonne l'ap- pendice	Drain	Simple			Guéri.
as libre		Drain, Mèche	Simple d'a- bord	Puis la tempé- rature s'élève	Abcès du Douglas. Inci- sion	Guérison.
as libre		Drain, Mèche	Simple			Guérison.
as libre		Drainage du pelvis et fosse iliaque	Bonnes suites			Guéri.
ros abcès pélvien, pus libre		Mèche de taffetas, drain		Bonnes suites		Guéri.

TABLEAU II. — Statistique des péritonites généralisées

N ^o	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendice
1	10 F.	2-10-29	Douleurs abdom. dep. 48 h.	38°	130	+++	diarrh	Contracture générali- sée	Entièrement vert perforé
2	13 F.	20-10-29	Douleurs abdom. avec diarrhée	37°	rap.			Contracture dans ré- gion cœcale	Rétro-cæc sphacélé
3	60 H.	2- 4-30	Douleurs abdomin. de- puis 3 j. Signes d'oc- clusion	37°8	rap.	++	---	Douleur défense, con- tracture à droite	Sphacélé
4	24 H.	10- 5-30	Douleurs abdomin. de- puis 4 jours	38°2	100	+	--	Défense et douleur à droite	Gangrené pus libre
5	65 H.	18- 5-30	Douleurs abdomin. de- puis 2 jours	—				Douleur à M. B., con- tracture	Gangrené.
6	4 H.	30- 5-30	Douleurs et coliques depuis 4 jours	40°				Douleur et défense à droite	Perforé
7	15 F.	15- 8-30	Douleurs depuis 8 j. dans la partie basse du ventre	39°	rap.			Masse volumineuse. Ponction rectale. Ap- parition d'une périto- nite généralisée	
8	58 H.	10-11-33	Syndrome occlusif de- puis 4 jours		rap.	++	---	Douleur. Clapotis	Perforé
9	4 H.	26-11-30	Crise précise la veille	39°	120	+		Douleur et défense à Mac Burney	Enorme, pe- foré
10	5 F.	30-11-30	Crise la veille	39°				Ventre de bois	Section n Sphacélé
11	4 F.	1- 5-31	Douleurs abdominales depuis 2 jours	39°	120	+		Ventre de bois	Perforé
12	5 F.	4-11-31	Douleurs vagues depuis 8 jours. Mais le 9° :	39°7	130	+	diarr.	Contracture à droite surtout	Gangrené perforé

anti-colibacillaires depuis octobre 1929 à novembre 1933.

Pus Quantité Siège	Lésions associées	Drainage	S Vincent	G. G.	Simple	Evolution		Décès ou guérison
						9 et poulx	Complications	
Pus libre		Drain pel- vien. Mèche	10 c ³ , 10 le lend.			Etat génér. mauv. T. 39°, P. 150	Signes d'occlusion 48h. après. <i>Fistule cœcale</i> Vincent 10 c ³ . Amé- lioration	Guérie. Sort av. fistule. ³
Pus liquide purulent libre		Mèche, Glace	20 c ³		Le soir 38° lend. 37			Guéri.
Pus libre	Plaques noirâtres sur l'iléon	Drain, Glace	20 c ³		Simple	T. et poulx bais. pro- gressivement		Guéri.
	Mauvais état gé- néral	Drain pel- vien et iliaque	20 c ³			T. tombe	Le 3° j. <i>occlusion</i> et collapsus. <i>Fistule cœ- cale</i> . Vincent 20 c ³ . <i>lavement</i> . Améliora- tion. Rechute. Anas- tomose du grêle dans le côlon ascendant	Mort.
Pus	Cœc u m énorme et rouge	Drain, Mèche	20 c ³			Le lendem. 20 c ³ de s. anti - coli. T. et poulx montent	Vomissements fécaloi- des. Collapsus cardia- que	Mort.
Pus libre	Agglutin. des anses	Drain	20 c ³				Persistance du ballon- nement. Occlusion, <i>Fistule cœcale</i> = Rien	Mort.
Pus libre		Drain pel- vien	20 c ³			La T. tom- be, poulx reste à 100	<i>Occlusion</i> . <i>Fistule</i> du gros intestin sans ré- sultat	Mort.
Pus libre		<i>Mickulicz</i>	20 c ³		Bonnes suites		Abcès de la paroi	Guéri.
Pus libre		Drain, Mèche	10 c ³		Simple			Guéri.
Pus libre		Drain	20 c ³ et 20 le lendem.				Amélioration puis re- chute, vomissements. Evacuation d'un ab- cès de la fosse iliaque gauche	Guéri.
Pus sous pression		<i>Mickulicz</i>	40 c ³ puis 40 c ³ le lendem.			La T. se maintient élevée	Abcès de la région lom- baire étroite	Guéri.
Pus dans le ventre		Drain, Mèche	40 c ³		Simple	La T. et le poulx bais- sent		Guéri.

TABLEAU II. — Statistique des péritonites généralisées avec sérothérapie

N°	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Date de l'appendi-
13	36 H.	29-8-31	Douleurs abdominales depuis 3 jours			++	— —	Ventre de bois	Enorme, perforé
14	10 H.	1- 9-31	Crise iliaque droite la veille					Ventre de bois	Enorme, perforé
15	10 H.	26- 9-32						Douleurs et contracture	Sphacélé
16	16 H.	19-10-31	Syndrome douloureux abdominal dep. 48 h.	38°4	100	+		Ventre de bois	Perforé
17	36	16- 2-32	Syndrome douloureux depuis 4 jours			+	— —	Contracture généralisée	Perforé, pelvien
18	68 H.	13- 1-32	Crise typique la veille	38°4	90	+		Ventre de bois à droite surtout	Pus s o pression
19	44 H.	16- 1-32	Douleurs abdominales depuis 24 h.	39°	110	+		Contracture à droite	Sphacélé
20		16- 2-32	Syndrome abdominal datant de 36 h.	39°3	100	+		Contracture abdominale droite	Perforé
21	60 F.	27- 2-32	Crise abdominale 48 h. auparavant	38°	100	++		Contracture généralisée. Anesthésie locale	Sphacélé, entièrement
22	45 F.	2- 3-32	Douleurs abdominales violentes depuis 36 h.	39°	110	++		Contracture généralisée	Gangrené pelvien
23	3 H.		Douleurs abdominales depuis 48 heures	39°		+		Contracture généralisée	Gangrené

anti-colibacillaire depuis octobre 1929 à novembre 1933 (Suite)

Quantité (siège)	Lésions associées	Drainage	S. Vincent	G. G.	Simple	Evolution		Décès ou guérison
						0 et pouls	Complications	
libre		Drain	40 c ³			Bonnes suites immédiates	Abcès du Douglas évacué, complications pulmonaires	Mort.
libre		Drainage	Sérum anti-coli		Simple			Guéris.
libre	Gr. abcès s. cœcal	Mèche	Sérum coli				Légère néphrite	Guéris.
libre		Drain, Mèche	20 c ³				Occlusion secondaire. Anastomose	Guéris.
en q. sous le pelvis	Distension du gr. intestin					Bonnes suites immédiates	Revu le 15-5-32 pour occlusion. Libération d'anses. Collapsus	Mort.
soin in-cté		Drain, Mèche Glace	40 c ³			Collapsus cardiaque		Mort.
libre		Drain, Mèche	40 c ³			T. et pouls baissent progressivement		Guéri.
libre		Drain, Mèche	40 c ³			Apyrexie le 7 ^e jour		Guéri. Guéri.
libre		Drainage pelvien et iliaque	40 c ³			La T. se maintient pend. 3 j., puis desc.		Guéri.
libre		Drain., Mèche	40 c ³			Bonnes suites immédiates	La T. se maintient élevée. Agrandissem. du drainage. Le 28 colpotomie. Sér. anti-coli: 20 c ³ . Phénomènes infectieux hépatiques. S. Vincent: 50 c ³ . Subictère	Décès.
ous pression	Anses déjà agglutinées	Drain dans Douglas. Mèche	40 c ³			Bonnes suites immédiates	Le 14, occlusion. Anastomose entre deux anses. Sér. anti-coli. Reprise des fonctions intestinales. Revient le 31 mai pour occlusion. Libérat. d'anses étranglées. Libération de l'anastomose et suture dans le sens perpendiculaire à l'axe digestif. Shock	Mort.

TABEAU II. — Statistique des péritonites généralisées avec sérothérapie

N°	Âge Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendice
24	19 H.		Crise typique la nuit précédente	39°5	100	+		Douleur et contractures dans la partie basse du ventre	Perforé
25	53 H.	23- 4-32	Douleurs lombaires depuis 48 h.	39°	110			Douleurs abdominales droites, défense	Sphacélé
26	12 H.	8- 3-32	Douleurs abdominales depuis 3 jours			+		Contracture	Sphacélé perforé
27	59 H.	5- 6-32	Crise depuis 48 h.	39°5		+		Contracture généralisée	Perforé à niveau d'un calcul
28	49 F.	24- 6-32	Début occlusif il y a 3 jours	39°	120	++	— —	Signes d'occlusion. Contracture à droite	Gangrené perforé
29	5 H.	6- 9-32	Crise typique la veille	39°		+	diarr.	Ventre ballonné. Défense	Nécrosé
30	65 H.	6-11-32	Crise la veille	39°				Contracture généralisée	Nécrosé sectionné
31	2 H.	10- 1-33	Début il y a 2 jours	40°				Contracture	Sphacélé perforé
32	25 F.	9- 5-33	Début par crise typique la veille	38°		+		Contracture	
33		15- 9-33	Syndrome abdominal datant de 3 jours	38°5		+		Contracture	Rétro-cœc gangrené
34	24 F.	20- 4-30	Douleurs datant de la veille	39°			—	Contracture généralisée	Sphacélé
35	27 F.	3- 6-33	Douleurs 2 j. avant	?				Contracture	Perforé
36	2½ H.	20- 4-33	Début le matin même	38°		+		Ventre de bois	Perforé énorme
37	52 F.	6-10-33	Syndrome abdominal imprécis depuis 3 j.					Douleur violente dans la partie basse de l'abdomen	Perforé, gangrené

anti-colibacillaire depuis octobre 1929 à novembre 1933 (Suite)

Pus quantité siège	Lésions associées	Drainage	S. Vincent	G. G.	Simple	Evolution		Décès ou guérison
						0 et poulx	Complications	
re			40 c ³			T. élevée pend. 48 h.	Le 28, incision d'un abcès du Douglas	Guéris.
qui de triforme	Diabétiq. acétoné- mique	Drain	40 c ³			Le lendem. bon état	Le surlendemain la T. remonte. Ballonnem. Acétonémie malgré insuline. Collapsus	Mort.
is libre		Drain	40 c ³ 20 c ³		Simple	T. et poulx baisent aussitôt		Guéri.
is libre	Cardio-ré- nal. Al- coolique	Drain, Mèche	60 c ³ Glace			Suites im- médiates bonnes	Mais le 6 ^e j. T. à 40° Anurie. Dyspnée. Py- lephlébite ?	Mort.
s	Plaques de péritonit. sur les an- ses	Mickulicz	20 c ³ i. v. 40 le 2 ^e j. 20 le 3 ^e j.			Temp. mte progressi- vement	Péritonite	Mort.
is libre		Mickulicz	Sérum 40 c ³	20 c ³		Bonnes sui- tes immé- diates	Le 19, abcès du Dou- glas	Guéri.
is libre	Congest. de tout le péritoine	Mèche	20 c ³				Au 12 ^e j., abcès du Dou- glas	Guéri.
is libre			Doses f. et rejet.				Collapsus cardiaque	Mort.
is libre			40 c ³ P. 20 c ³ P. 40 c ³	20 c ³		La Temp. se maintient	Péritonite évoluée. Col- lapsus cardiaque	Mort.
is libre ans tout ventre		Mèche	40 c ³	20 c ³		Bonnes sui- tes	Apparition le 25 d'un petit abcès crural	Guéri.
is libre		Drain dans Douglas, Mèche	S é r u m anti-coli				5 j. après signes d'un abcès du Douglas. In- cision	Guéri.
is libre		Mickulicz	40 c ³	20 c ³		Suites nor- males	12 j. après abcès du Douglas. Colpotomie	Guérie.
is libre		Drain dans le Dougl. et Mèche	40 c ³	20 c ³		Suites par- faites		Guéri.
is libre t surtout belvien		Mickulicz	80 c ³			Bonnes sui- tes		Guérie.

TABLEAU III. — Statistique des appendicites avec péritonite localisée

N ^o	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles. Gaz	Signes cliniques	Etat de l'append
1	10 H.	14-12-26							Perforé
2	16 H.	11- 3-27	Douleurs abdominales depuis 4 jours	38°					Rétro cecal énor
3	9 F.	27- 3-27							Append long rét coecal
4	17 H.	21- 7-27	Crise 48 h. auparavant	37°5	100			Douleur et contracture à droite	Gros perforé
5	16 H.								Perforé
6	34 H.	18- 1-28		38°	110			Douleur et contracture à droite	Sphacélé
7	23 F.	27- 3-28	Crise 24 h. auparavant	38°5				Mac Burney, précise défense	Pelvi gris et t inflamm
8	32 H.		Ictus abdominal la veille assez mal localisé					Douleur et défense dans la fosse iliaque droite	Plaques sphacèle
9	20 F.	25- 7-28	Début il y a 8 jours par petites crises	40°	140			Collection purulente à droite accessible par le toucher vaginal	
10	20 F.	3- 9-28		38°	120			Douleur et défense, contracture, enceinte de 5 mois	Gros tr inflamm
11	29 F.	18- 9-28	Nouvelle crise sur appendicite chronique	38°	115	—		Point douloureux précis, contracture	Sphacélé
12	20 H.	8-10-28	Syndrome douloureux datant de 3 j.	38°5				Point précis appendiculaire, défense	Pelvi sphacèle
13	17 H.	28-10-28	Crise depuis 48 h.		+			Douleurs et défense dans la fosse iliaque droite	Gros spl célé
14	8 H.	22-11-28	Crise depuis 48 h.	38°				Ventre souple peu douloureux. Défense épigastrique	Gros spl célé

Depuis 1927 jusqu'à novembre 1933 sans sérothérapie (Suite).

Pus Intité. Siège	Lésions associées	Drainage	Simple	Evolution		Guérison ou décès
				Tempér. Pours	Complications	
abcès pé- pendicu- re		Mèche de taf- fetas	Simple			Guéri.
abcès	Etat géné- ral mauv.	Drain, Mèche	Bonnes sui- tes immé- diates	Température se maintient à 38°	Occlusion le 3° j. Fistule sur la première anse	Guérison.
abcès autour de l'appendice		Mèche			Occlusion le 3° j. Anas- tomose entre 2 anses grêles	Guérison.
abcès péri-ap- pendiculaire		Drain, Mèche de taf- fetas	Simple			Guéri.
abcès à l'ouver- ture		Mèche	Simple			Guéri.
abcès couverte d'un foyer purulent		Taffetas		La T. ne baisse que lentement		Guéri.
abcès dans le Douglas		Mèche			Le 8 avril incision d'un gros abcès du Douglas. Drain	Guérie.
abcès dans le cavité		On laisse tout ouvert	Simple			Guéri.
ouverture de cette collec- tion, pus fét.		Drain	Simple			Guérie.
abcès autour de l'appendice		Drain		La T. se main- tient à 38° pendant 6 j.		Guérie.
abcès dans l'ab- domen		Drain	Simple			Guérie.
abcès		Drain dans le Douglas, Mèche	Simples			Guéri.
abcès		Mèche	Simple			Guéri.
abcès putride évén		Drain, Mèche		Sédation dans les jours qui suivent	Le 27, coliques et signes d'occlusion. Evacuation d'un abcès prérectal. Anus cæcal. Rien.	Décès.

TABEAU III. — Statistique des appendicites avec péritonite localisée

No	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendicite
15	52 H.	5-12-28	Crise douloureuse depuis 48 heures	38°5				Contracture de la fosse iliaque droite	Gros, grené, foré
16	53 H.	3- 3-29	Crise depuis 24 h.	39°5	bon			Douleurs et défense précises à Mac Burney	Très inflammé
17	32 H.	6- 4-29	Crise appendiculaire il y a 8 jours. Sédation puis reprise. Purge	39°				Douleurs à droite. Toucher rectal douloureux	Gangréné
18	15 F.	11- 5-29	Crise datant de 3 j.	39°	130		diarr.	Douleur à droite et grosse défense	Sphacélé
19	33 F.	20- 6-29	Crise appendiculaire dix jours auparavant. Nouvelle crise	39°				Douleurs et défense	Sphacélé
20	22 F.	28- 7-29	3 crises légères antérieures					Peu de douleurs	Très inflammé
21	17 H.	4- 8-29	Crise datant de 48 h.	39°				Douleurs et masse ds la fosse iliaque droite	Sphacélé perforé
22	35 H.	11- 8-29	Douleurs abdominales depuis 48 h.	38°				Mac Burney précis, défense	Rétro-iléocal flammé
23	34 H.	23- 8-29		38°				Douleurs et défense à droite	Très inflammé
24	18 F.	6- 9-29	Crise 48 h. avant					Défense et M. B. très net	Gangréné
25	14 H.	27-10-29	Début 48 h. avant	40°	rapide	+		Défense	Vert
26	19 H.	1- 2-30	Crise typique 48 h. avant	40°				Défense dans tout le bas ventre	Rétro-iléocal spélé
27	10 H.	9- 2-30	Douleurs abdominales depuis 15 jours	39°				Recrudescence des signes depuis 4 jours. Signes d'abcès	Pas de recherche
28	35 H.	19- 4-30	Syndrome douloureux frustré depuis 24 h.	38°		+		Douleurs assez vagues	Rétro-iléocal très inflammé

puis 1927 jusqu'à novembre 1933 sans sérothérapie (Suite).

Pus Quantité. Siège	Lésions associées	Drainage	Simple	Evolution		Guérison ou décès
				Tempér. Pouls	Complications	
autour		Drain, Mèche		La T. monte lentement	Douleurs et vomisse- ments dus à un abcès du Douglas. Evacué le 29	Guérison.
autour cæcum		Mèche		La T. se main- tient pendant 6 jours		Guéri.
os abcès vien	Fond cæcal nécrosé	Drain dans le Douglas. Mèche con- tre le cæ- cum			Hémorragie secondaire le 16. Déhidement du trajet. Calcul stercoral	Guéri.
er putride our		On laisse tout ouvert		Chute de la T. et du pouls	Persistance de la diar- rhée	Guérie.
s	Blindage des culs-de-sac	Drain, Mèche, Glace		Fièvre pendant longtemps		Guéri.
es peu de us	L'appendice se détache du cæcum	Pas de drai- nage	Simple			Guérie.
as fétide		On laisse tout ouvert		Suites immé- diates norm.	Au 8 ^e j. 40°. Fièvre de suppuration pendant longtemps	Guéri.
bcès iliaque		Mèche de taf- fetas. Glace	Simple			Guéri.
bcès péri- pendicu- aire		Drain	Simple			Guéri.
bcès		Drain	Simple			Guérie.
bcès pelvien			Simple			Guéri.
bcès fétide éri-appendi- culaire		On laisse tout ouvert		Temp. et pouls baissent pro- gressivement	Bronchite	Guéri.
us fétide		Taffetas	Suites nor- males			Guéri.
éger pus		Drain	Suites ex- cellentes			

TABLEAU III. — Statistique des appendicites avec péricitonite localisée

N°	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendice
29	58 H.	23- 5-30	Début il y a 3 semaines par douleurs sans localisation. La veille doul. lombolilaque droite	39°				Voussure à la partie supérieure externe de la fosse iliaque dte	Pas de cherche
30	32 H.	13- 4-30	Crise abdominale il y a 2 jours	39°8		+		Douleurs et contraction basses	Pelvic perforé
31	F. 65	25- 8-30	Crise aiguë datant de 3 jours					Douleur et contraction à droite	Pelvic gangrené
32	70 H.	14- 2-31	Abscès de la fosse iliaque droite. Début par crise qui s'est atténuée	38°				Voussure droite douloureuse	Pas de cherche
33	41 H.	2- 3-31	Crise abdominale 24 h. avant	38°		+		Point douloureux précis à M. B. Défense	Nécrosé
34	8 H.	14- 5-31	Crise appendiculaire datant de 4 jours	38°		+		Empatement, douleur et défense à droite	Coupé deux, calcul stercoral
35	44 H.	19- 5-31	Crise datant de 48 h.	39°				Douleur exquise et défense	Gangrené
36	31 H.	22- 5-31	Douleurs depuis 3 j. Reprise des doul. le 3 ^e jour	39°7				Douleur et défense	Rétro-calcul enflammé
37	25 F.	18- 3-31	Crise datant de 8 j. Revient l'année suivante pour appendicectomie secondaire					Signes d'un abcès de la fosse iliaque	
38	19 H.	21- 6-32	Malade depuis 2 j.	37°5				Douleur et défense à M. B.	Sphacélé
39	36 H.	27- 9-31	Appendicite datant de 48 h.	39°6				Douleur précise à M. B.	Gangrené
40	4 F.	22- 5-32	Crise la veille	37°8				Ventre uniformément douloureux	Perforé
41	6 F.	4- 6-32	Crise la veille	39°5				Défense et matité à droite	Perforé calcul

Depuis 1927 jusqu'à novembre 1933 sans sérothérapie (Suite).

Pus Quantité. Siège	Lésions associées	Drainage	Simple	Evolution		Guérison ou décès
				Tempér. Pouls	Complications	
ouverture d'1 mineux de la iliaque		Drain, Mèche	Suites nor- males			Guéri.
		Mèches	Suites ex- cellentes			Guéri.
	Cœur défi- cient. Anes- thésie locale	Drain, Mèche	Bonnes sui- tes			Guéri.
ection de fosse ilia- droite				Sédation	Occlusion s'installe sour- noisement. Ponction au niveau de la plaie, gaz, matières. Hémiplegie	Mort.
dans le vis		Mèche	Bonnes sui- tes			Guéri.
ès fétide localisé		On laisse tout ouvert	Suites nor- males			Guéri.
ès autour		On laisse tout ouvert	Suites nor- males			Guéri.
ger foyer rulent		On laisse tout ouvert	Suites nor- males			Guéri.
ouverture un abcès ide		On laisse ou- vert				Guéri.
un peu de s		On laisse tout ouvert	Bonnes sui- tes immé- diates		Le 10 ^e j. ouverture d'un abcès abdominal pro- fond.	Guéri.
tit abcès tride loca- sé		Drain	Suites nor- males			Guéri.
quide puri- me loca- sé		On laisse tout ouvert	Bonnes sui- tes			Guéri.
us		Mèche	Suites nor- males			Guéri.

TABLEAU III. — Statistique des appendicites avec péritonite localisée

N°	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	État de l'append
42	21 F.	15- 9-32	Crise datant de 4 j.	38°3				Douleurs, petite masse profonde	Rétro - cal
43	34 F.	31- 6-32		39°				Douleurs et contractions	Pelvi perforé
44	9 H.	20- 2-33	Syndrome douloureux depuis 3 jours	39°				Douleur diffuse dans toute la fosse iliaque. Toucher douloureux à droite	Rétro - cal gangrené
45	31 H.	22- 2-33	Syndrome douloureux depuis 36 h.	39°				Douleurs à M. B. Toucher négatif	Enorme perforé
46	14 H.	31- 3-33		38°5				Abdomen uniformément douloureux et contracturé	Perforé
47	12 H.	9- 4-33	Syndrome douloureux datant de 3 j.	38°5				Douleurs et défense dans la fosse iliaque	Pelvi perforé calcul
48	16 H.	25- 9-33	Douleurs abdominales droites, la veille	38°2		+			turgescence
49	22 H.	29- 9-	Malade depuis 24 h.	38°				Défense de la paroi, douleur	Pelvi sphacélé
50	21 F.	10- 6-32	Début 24 h. avant	37°8				Petite masse sensible à droite	Sphacélé

depuis 1927 jusqu'à novembre 1933 sans sérothérapie (Suite)

Pus et siège	Lésions associées	Drainage	Simple	Evolution		Guérison ou décès
				Tempér. Poulx	Complications	
es péri- endicu-		On laisse tout ouvert	Bonnes sui- tes			Guéri.
autour		Mèche	Bonnes sui- tes			Guéri.
mineux es péri- endicu-		Mèche	Bonnes sui- tes			Guéri.
	Résection du fond cæ- cal gangré- né	Mèche. Su- ture du pé- ritoine	Bonnes sui- tes			Guéri.
		Drain, Mèche		Suites immé- diates norma- les	Le 21, ascension à 40°. Blindage du cul-de-sac postérieur. Ponction négative	Guéri.
		Drain			La T. monte jusqu'à 40°. Pas de réaction périto- néale. Selles et urines normales	Décès.
s autour		Fermeture du péritoine		Suites bonnes		Guéri.
s autour		Drain, Mèche				Guéri.
tit abcès		Mèche, su- ture du pé- ritoine		Bonnes suites		Guéri.

TABLEAU IV. — Statistique des péritonites localisées traitées avec

N°	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendi
1	18	27- 7-29	Début 8 j. auparavant Crise abdominale typique, puis sédation et reprise	39°5	125	+		Empâtement et défense dans fosse iliaque droite	Perforé 1 vien
2	3 H.	25- 7-14	Occlusion et douleurs depuis 48 heures	38°			— —	Ballonnement. Douleur	Perforé
3	28 F.	7-10-29	Syndrome douloureux datant de 3 jours	37°				Douleur, empâtement	Perforé
4	45 F.	4-12-29	Début des accidents il y a trois semaines					Collection dans la fosse iliaque droite	
5	9 ½ H.	14-12-29	Troubles abdominaux depuis 8 jours	39°		—		Empâtement de la fosse iliaque gauche. Masse dans le rectum	
6	11 H.	18- 2-30	Début 15 j. avant. Atténuation puis reprise 48 h. avant	38°				Douleur dans la fosse iliaque droite. Masse résistante.	Sphacélé
7	20 F.	5- 3-30	Appendicite datant de 3 jours. Purgé	39°5				Défense localisée à droite	Perforé
8	16 H.	13- 4-30	Envoyé pour appendicite datant de 24 h. Abscessus appendiculaire incisé il y a 1 an	39°5				Douleurs et défense au point d'élection	Enflammé sous - hépatique
9	69 H.	24- 5-30	Malaises abdominaux la veille, aggravés pendant la nuit	39°				Douleurs et défense dans la fosse iliaque droite	Sous hépatique, perforé, 2 culs
10	6 H.	14- 8-30	Depuis 15 j., appendicite à la glace	38°2				Phénomènes douloureux depuis 24 h. Résistance à droite. Empâtement	Pelvien tr malade
11	22 H.	30- 9-30	Appendicite datant de 3 jours	39°			diarrh.	Douleurs et défense à droite	Pelvien perforé
12	15 F.	21-11-30	Malade depuis plusieurs jours	39°	120			Douleur et défense à droite	Perforé
13	65 H.	7-12-30	Crise la veille au soir	39°2	90	+	—	Douleurs et défense à droite	Gangrène

Aide de la sérothérapie depuis juillet 1929 à novembre 1933

Pus	Lésions associées	Drainage	Sérum anti-coli	Anti G. G.	Simple	Evolution		Guérison ou mort
						6 et pous	Complications	
pus fétide péricardique		Drain dans le Douglas	20 c ³ T a m p. au sér.			Bonnes suites immédiates	Le 30, <i>occlusion</i> . Le 31 Laparotomie. Iléo-cæcostomie	Guéri.
pus fétide dans le péris		Drain, Mèche	10 c ³ par le drain 20 c ³ ss la peau				Phénomènes de sub-occlusion qui disparaissent	Guéri.
pus abscessés		Drain	20 c ³		Simple			Guéri.
ouverture de cette collection		Drain	20 c ³ le lendemain.		Bonnes suites			Guéri.
ouverture de l'abcès par le rectum : pus fétide			20 c ³				2 h. après l'incision : hémorragie rectale. Hémostase, sérum. Suites bonnes	Guéri.
pus pelvien		Drain	10 c ³		Suites normales			Guéri.
pus		Drain	20 c ³		Simple			Guérie.
pus puerpéral péritonéal	Transverse adhérent	Drain	20 c ³				Phlébite gauche	Guéri.
pus	Etat général mauvais Cœur défaillant	Drain, on laisse tout ouvert	120 c ³			Bonnes suites pend. 48 h.	Collapsus cardiaque. Anurie.	Mort.
pus abondant au puer	Etat général mauvais	Drain dans le Dougl. Mèche	20 c ³		Suites normales			Guéri.
pus au puer		Mèche	20 c ³		Suites excel.			Guéri.
pus		Drain	20 c ³		Bonnes suites			Guéri.
pus		Tout ouvert	10 c ³	20 c ³	Bonnes suites			Guéri.

TABLEAU IV. — Statistique des péritonites localisées traitées avec

N ^o	Sexe Age	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendi.
14	4 F.	4- 2-31	Crise typique 48 heur. avant		rap.			Douleur	Perforé
15	36 H.	16- 2-31	Syndrome abdominal depuis 4 jours			+	—	Contracture abdomi- nale	Perforé I vien
16	14 H.	27- 2-31	Malade depuis 48 h.	39°				Grosse défense dans la fosse iliaque droite	Sphacélé, perforé
17	26 H.	29- 3-31	Syndrome douloureux abdominal depuis 3 j.			+		Défense et M. B. pré- cis	Sphacélé
18	20 H.	11-10-31	Douleurs abdominales depuis 48 heures	38°		+	Consti- pation	Douleurs et contrac- ture à droite	Long, né- crosé
19	16 H.	6- 7-31	Début 3 j. avant par coliques et vomisse- ments	39°7	rap.	++		Contracture, Douleur	Sphacélé, tro-cacal
20	6 ½ H.	10- 3-32	Douleurs abdominales depuis 48 heures			+		Tuméfaction et dou- leurs dans la fosse iliaque	Sphacélé
21	31 F.	22- 3-32	Syndrome abdominal 3 heures avant	38°5	105	+		Sensibilité exquise à M. B.	Apex ro recouv de fausse membra
22	40 F.	9- 4-32	Syndrome abdominal peu précis depuis 3 j.	39°3	100	+		Abdomen entièrement douloureux. Sensibili- té exquise à droite. Défense, rien au tou- cher	Rétro-cæ très long
23	20 H.	28- 3-32	Syndrome abdominal depuis 3 jours	38°2	90	—		Tuméfaction de la fos- se iliaque. Défense	On laissel pendice
24	21 F.	11- 5-32	Malade-depuis 24 h.	39°	80			Douleurs et contrac- ture	Enflam perforé pointe

Aide de la sérothérapie depuis juillet 1929 à novembre 1933 (Suite)

Pus	Lésions associées	Drainage	Sérum anti-coli	Anti G. G.	Simple	Evolution		Guérison ou mort
						θ et pouls	Complications	
Pus dans le Douglas		Drain, Mèche	10 c ³			La Temp. baisse aussitôt		Guéri.
	Distension du côlon	Mickulicz Anus artificiel	80 c ³		Bonnes suites		Fermeture de l'anus	Guéri.
Ulcères putrides localisés		Drain	40 c ³ au moment de l'occlusion			Temp. à 39° pendant 2 jours	Le 3 ^e j. <i>occlusion</i> . Ponction du cœcum. Glace. Sérum anti-coli, 30 c ³ Le 3, évacuation d'un abcès du Douglas	Guéri.
Abscès enkysté		Drain, Mèche	Sérum anti-coli		Simple			Guéri.
Abscès sous le rectal		Drain	20 c ³ au moment de l'occlusion				La T. remonte vers le 10 ^e j. <i>Occlusion</i> du grêle. Ponction d'une anse dilatée. <i>Anastomose</i> . Sérum anticoli-20 c ³	Guéri.
Foyer putride, calculs stercoraux		Mèche	10 c ³			La T. se maintient élevée, 39° p. baisse	Le 5 ^e j., nouvelle élévation de température à 40°. Myocardite. Sérum anti-coli 40 c ³	Décès.
Abscès localisé		Mèche	40 c ³		Bonnes suites			Guéri.
Pus localisé		Drain, Mèche	20 c ³				Bronchite légère	Guérie.
Pus		Mèche	40 c ³		Très bonnes suites			Guérie.
Gros abcès qui se vide	Appendice noyé dans une gangue dure		40 c ³				Le 4 ^e j. point de côté thoracique avec température	Guéri.
Pus dans le Douglas et f. iliaque		Drain, Mèche	Drain, 40 c ³	40 c ³	Bonnes suites			Guérie.

TABEAU IV. — Statistiques des péritonites localisées traitées avec

N°	Age Sexe	Date	Mode de début	Temp.	Pouls	Vomiss.	Selles Gaz	Signes cliniques	Etat de l'appendi
25	17 H.	4- 6-32	Crise légère la veille. Le lendemain douleur plus violente	40°	110			Grosse défense à droite	Perforé
26	49 H.	20-10-32	Crise appendiculaire datant de 36 h.	40°				Douleur et défens e. Paroi extrêmement adipeuse	Perforé son milie Calcul da la fosse il que
27	36 H.	11-10-32	Crise depuis 3 j. et mis en observation					Défense localisée à la fosse iliaque droite	Pelvien p foré
28	38 F.	16-11-32	Douleurs abdominales depuis la veille	38°8				Défense dans la fosse iliaque droite	Pelvien p foré
29	3 H.	21- 2-33	Douleur abdo minale depuis 24 heures	39°		+		Contracture légère	Rétro -cæc perforé
30	56 H.	13- 3-33	Douleur abdo minale depuis 36 heures	38°		+		Légère douleur à droite	Rétro -cæc sphacélé
31	24 H.	10- 8-33	Malade pris il y a 3 j. d'une douleur brusque	39°		—		Douleur à la pression profonde. Au toucher, masse dure doulou- reuse et irrégulière	Très enflam mé
32	32 F.	27- 7-33	Coliques depuis 2 jours	40°				Douleur diffuse, léger plastron	Gangrené, perforé
33	12 F.	3- 9-33	Coliques depuis 3 j.					Douleur et défense à droite	Rétro -cæc gangrené
34	7 H.	14- 9-33							
35	78 H.	17- 9-33	Malade depuis 3 jours					Douleur et défense à droite	Rétro -cæc sphacélé
								Syndrome douloureux avec défense	Rétro -cæc gangrené
36	20 F.	26- 9-33	Malade depuis le matin	38°		+		Douleur assez vague. Paroi très épaisse	Pelvien
37	9 H.	29- 9-33	Malade depuis 2 jours					Douleur et défense à droite	Gangrené

L'aide de la sérothérapie depuis juillet 1929 à novembre 1933 (suite)

Pus	Lésions associées	Drainage	Sérum anti-coli	Anti G G	Simple	Evolution		Guérison ou mort
						6 et pouls	Complications	
abcès et pus dans la fosse iliaque droite		Mèche	40 c ³		Apyrexie au 4 ^e j.			Guéri.
pus abon-		Mickulicz	60 c ³			Suites excellentes		Guéri.
pus		Mèche	S é r u m 40 c ³			Bonnes suites		Guéri.
pus à droite		Mèche	40 c ³			Bonnes suites		Guérie.
pus à droite		Mèche	40 c ³			Bonnes suites		Guéri.
abcès rétro-cæcal		Mèche	40 c ³				Phlébite gauche	Guéri.
abcès du Douglas		Drain, Mèche	40 c ³			Excellents		Guéri.
Foyer de pus pelvien gangreneux		Tamponnement	40 c ³	20 c ³			Au 3 ^e j. subocclusion. Sérum salé. Fistule stercorale qui guérira	Guéri.
pus	Gangrène ³ de la face postérieure du cæcum	Mickulicz	40 c ³	20 c ³ p. 40 c ³ le 3 ^e j.		Bonnes suites immédiates	Le 3 ^e j. ascension à 40. Signes d'occlusion. Laparotomie médiane anses énormes. Adhérences verdâtres dans la zone du Mickulicz. Bouton entre anse ponctionnée et cæcum. Mickulicz	Guéri.
pus au tour		Mèche	40 c ³				Poussées thermiques légères	Guéri.
pus ayant tendance à diffuser		Tout ouvert	40 c ³	20 c ³		Suites excellentes		Guéri.
pus		Drain, Mèche	40 c ³	20 c ³		Bonnes suites		Guéri.
abcès formé sous l'iléon		Mèche	40 c ³	20 c ³		Bonnes suites		Guéri.

CONCLUSIONS

I. — Les signes locaux et principalement la douleur sont les éléments qui font faire le diagnostic d'appendicite mais non le pronostic, et l'intensité de la douleur n'est pas en rapport avec la gravité des lésions mais avec leur siège.

II. — La pauvreté des signes dans la fosse iliaque doit systématiquement faire craindre une appendicite de siège anormal souvent plus grave que la forme ordinaire et tout particulièrement les formes pelviennes et sous-hépatiques.

III. — Les signes généraux le plus souvent mesurent la gravité de l'appendicite, mais il existe de nombreuses exceptions surtout dans les âges extrêmes de la vie.

IV. — De toute façon, on peut poser le principe, à peu près absolu, que toute appendicite diagnostiquée doit être opérée et même le respect systématique du plastron ne doit pas être la règle pour les raisons que voici :

a) Il est impossible d'évaluer la valeur de la barrière qu'il constitue et de savoir si cette barrière durera.

b) Il est difficile de connaître la gravité des lésions qu'il masque.

c) Le pronostic des péritonites secondaires par diffusion de l'infection est redoutable.

d) Les lésions inflammatoires au début donnant l'impression à la main d'un plastron épais, sont facilement libérables même au delà des 48 heures classiques.

e) Toutefois lorsque l'abcès n'est qu'à demi constitué, l'intervention doit être minime tout au moins quant à la recherche de l'appendice.

f) S'il existe un abcès bien collecté et fluctuant, l'incision simple avec drainage doit être pratiquée seulement.

V. — L'anesthésie à l'éther est l'anesthésie de choix chez les malades non tarés. Chez les vieillards, les alcooliques, les diabétiques, les cardio-rénaux, l'anesthésie locale s'impose.

VI. — L'incision de Mac Burney, si elle suffit dans la majorité des cas, est inférieure à l'incision médiane sous-ombilicale dans la forme pelvienne.

VIII. — L'appendice doit être extrait en totalité, en évitant les délabrements des tissus. L'en-

fouissement n'apporte aucune sécurité complémentaire. Il est quelquefois dangereux, toujours difficile.

VIII. — Il est indispensable de faire le bilan des lésions environnantes, cœcum, iléon, épiploon, ovaires, qui peuvent nécessiter un traitement spécial.

IX. — La fermeture de la paroi s'impose quand l'appendice n'a pas été rompu, le tissu cellulaire s'infectant plus facilement. Mais il y a quelquefois intérêt à ne fermer que le péritoine et à placer sur la paroi un crin qui sera serré le cinquième jour.

X. — Si l'appendice est perforé, un drainage devient nécessaire.

Les péritonites localisées et généralisées réclament un drainage à la mèche de caoutchouc.

Le Mickulicz peut être employé avec fruit surtout dans les formes pelviennes.

XI. — La sérothérapie anti-colibacillaire et anti-gangreneuse semble devoir améliorer le pronostic. Elle ne réduit pas à néant cependant les dangers des formes graves.

XII. — Parmi les complications qui aggravent le pronostic de l'appendicite il faut retenir, les

abcès, dont le pronostic est bon et les occlusions dont le pronostic est très grave.

L'entéro-anastomose est la méthode de choix pour lutter contre elles.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Blum-Carlierstalh.* — Appendicite aiguë chez un diabétique (Société de Médecine du Bas-Rhin).
- Bonneau.* — Drainage de l'appendicite à chaud (Presse Médicale, juin 1925).
- Brun.* — Le point douloureux lombaire (Presse Médicale, janvier 1919).
- Charlier.* — Le drainage de l'appendicite à chaud (Congrès de Chirurgie, 10 octobre 1926).
- Chalier* (de Lyon). — A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë (Presse Médicale, 9 octobre 1929).
- Chenut.* — Occlusion intestinale après appendicectomie (Société des chirurgiens de Bordeaux, avril 1930).
- Chifoliau, Cunéo, Mathieu, Okynzyc.* — Traitement des occlusions post-appendiculaires (Société de Chirurgie du 15 juin 1927).
- Sérothérapie dans l'appendicite (Société de Chirurgie du 14 mai 1925).
- Comard.* — Discordance entre les signes locaux et généraux (Société des chirurgiens d'Alger, 19 janvier 1928).
- Cotte.* — Sérothérapie dans l'appendicite (Société de Chirurgie de Lyon, 12 mai 1921).
- Delbet* (Paul) — Pratique de la sérothérapie antigangréneuse dans l'appendicite (Société de Chirurgie de Paris).
- De Martel, Robineau, Faure* (J.-L.). — Le non-enfouissement du moignon appendiculaire (Société de Chirurgie du 21 décembre 1921).

Dupont. — Complication appendiculaire (Société de Chirurgie de Paris, décembre 1920).

Duval, Ameline, Bazy, Fredet. — Société de Chirurgie du 25 mai 1931.

Faure (Jean-Louis). — Drainage dans l'appendicite à chaud (Presse Médicale, 6 octobre 1919).

Gosset et Berger. — De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë (Presse médicale, décembre 1919).

Harrigan. — Occlusion intestinale après appendicectomie (Surgery, gynecology and obstetrics. Chicago, 19 juin 1919).

Ienormant. — Traitement de l'appendicite aiguë (Presse Médicale, décembre 1919).

Lheureux. — Appendicite et sérum anticolibacillaire (Société de Médecine du Midi).

Mathieu. — L'occlusion post-appendiculaire (Société de Chirurgie du 12 mars 1924).

— Les occlusions post-appendiculaires (Société de Chirurgie du 24 juin 1924).

Matry et Mocquot. — Sur le traitement de l'appendicite aiguë (Société de Chirurgie du 1^{er} juillet 1931).

Métivet. — Remarque sur le traitement et le diagnostic de l'appendicite aiguë (Presse Médicale, 31 août 1929).

Michel et Mathieu. — Sérothérapie gangréneuse dans l'appendicite (Société de Nancy, 14 et 26 mai 1924).

Mondor. — Les diagnostics urgents.

Ombredanne. — Traitement de l'appendicite à chaud chez l'enfant (Société de Chirurgie du 23 juin 1920).

Oudart. — Les occlusions d'origine appendiculaire (Société de Chirurgie du 4 juin 1924).

Palios. — Les occlusions post-appendiculaires.

Petit de la Villéon. — Le drainage dans les péritonites (Société de Médecine de Paris, 1926).

Quériault. — Les occlusions d'origine appendiculaire (Thèse).

Sauvé et Auvray. — Les occlusions appendiculaires (Société de Chirurgie du 19 mars 1924).

Schwartz, Hartmann, Métivet, Auvray et Lenormand. — Séances de Chirurgie du 3 juin 1931, 11 juin 1931, 21 mai 1931.

Wakeley. — Notes sur 120 cas d'appendicites aiguës (The Lancet, Londres, 1919).

Weinberg. — Sérothérapie de l'appendicite aiguë et de la péritonite (Académie des Sciences, 31 juillet 1933).

518. — Imp. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1934.
